

◆ ◆ ◆

Série de Aperfeiçoamento Sobre a Metodologia de
Garantia de Qualidade

**Licenciamento, Acreditação e Certificação:
Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde**

Por

*Anne L. Rooney, R.N., M.S., M.P.H.
Paul R. van Ostenberg, D.D.S., M.S.*

Abril de 1999



◆ ◆ ◆

Projeto de Garantia de Qualidade
Centro dos Serviços Humanos
7200 Wisconsin Ave., Suite 600
Bethesda, MD 20814 EE.UU.
301-654-8338, FAX 301-941-8427
www.urc-chs.com



Center for Human Services
7200 Wisconsin Avenue
Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA

TEL (301) 654-8338
FAX (301) 941-8427
qadissem@urc-chs.com



The Quality Assurance Project is funded by the U.S. Agency for International Development under Contract Number HRN-C-00-96-90013 with Center for Human Services (CHS). QAP serves countries eligible for USAID assistance, USAID Missions and Bureaus, and other agencies and non-governmental organizations that cooperate with USAID.

The QAP team, which consists of prime contractor Center for Human Services, Joint Commission Resources, Inc., and Johns Hopkins University (including the School of Hygiene and Public Health, The Center for Communication Programs, and the Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health) provides comprehensive, leading edge technical expertise in the design, management, and implementation of quality assurance programs in developing countries. Center for Human Services, the non-profit affiliate of the University Research Co., LLC, provides technical assistance in quality design, management, process improvement, and monitoring to strengthen health systems management and maternal and child health services delivery in over 30 countries.

Índice

I. Introdução	1
II. Análise da necessidade de avaliação da qualidade	4
III. Avaliação da qualidade com base em padrões	10
IV. Sistema de monitoramento da qualidade com base em indicadores	30
V. Escolha de uma abordagem à avaliação da qualidade	35
Apêndices	
A. Avaliação da qualidade em um país em desenvolvimento: estudo de caso	A-1
B. Comparação entre organizações de acreditação hospitalar existentes e novas	B-1
Referências	R-1

◆ ◆ ◆

I. Introdução

O crescimento do movimento da qualidade

Na última década, o movimento pela qualidade, introduzido nos setores industrial e de serviços, expandiu-se para o setor de saúde. As teorias básicas de controle e melhoria de qualidade, formuladas por Joseph Juran e W. Edwards Deming, bem como as abordagens abrangentes de gerenciamento pela qualidade da Gestão pela Qualidade Total (TQM, sigla em inglês) e Melhoria Contínua da Qualidade (CQI, sigla em inglês) estão ganhando espaço no funcionamento cotidiano de instituições de saúde em todo o mundo. A maioria dos gestores e formuladores de políticas na área da saúde vêem agora como imperativa a avaliação e o controle de qualidade, bem como as atividades de melhoria de desempenho. Existem divergências, entretanto, quanto ao método de avaliação da qualidade a ser utilizado, por conta dos diferentes interesses envolvidos: os da própria instituição de saúde, os dos órgãos reguladores/normalizadores e os das companhias de seguros-saúde que pagam ou compram os serviços prestados. Além disso, existe uma expectativa crescente de que a comunidade, como um todo, e especialmente os pacientes devem ter acesso a informações de qualidade, para ajudá-los a escolher os serviços de saúde e os médicos para lhes prestarem atendimento.

A reforma da saúde e o movimento da qualidade

Vários países estão tentando gerir eficientemente o excesso de oferta e controlá-lo quanto ao custo total. Espera-se que isso possa ser feito sem redução na acessibilidade e na qualidade dos serviços de saúde. Novos mecanismos de pagamento estão sendo elaborados para introduzir maior eficiência na produção dos serviços e, conseqüentemente, reduzir os custos. Por exemplo, sistemas centralizados que anteriormente financiavam todos os gastos com o funcionamento e prestação de serviços à população estão implementando controles nos gastos por meio da introdução de mecanismos de pagamento vinculados aos diagnósticos, de seguro-saúde pago pelo empregador e dos seguros de saúde privados. Os sistemas centralizados também estão verificando que a eficiência observada nos serviços organizados em redes integradas é bem promissora. A privatização, normalmente voltada para atividades industriais, foi introduzida no setor de saúde, tanto na prática liberal quanto na propriedade privada de serviços de saúde. Há também países onde os serviços de saúde estão sendo consolidados em grandes corporações, cujas ações são negociadas na Bolsa.

Também evidente em todo o mundo é o movimento para priorizar a prestação de serviços em ambulatorios e em clínicas localizadas na comunidade, pois são menos onerosos. A introdução do *home care* (cuidados domiciliares), dos serviços para pacientes crônicos (*long-term care/hospice care*) é uma resposta à necessidade de se utilizar as unidades de cuidados intensos de maneira mais eficiente, de reduzir o tempo de permanência e assim aumentar a produtividade dos leitos e serviços.

Em países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, o expressivo custo dos serviços com grande frequência leva questões dessa área a serem incluídas na agenda legislativa e de regulamentação. As abordagens legislativa e normalizadora são tipicamente fragmentadas e resultam em mudanças que podem ou não resultar em melhorias. Raramente um país tem a oportunidade de reformar o seu sistema de saúde.

Assim, são comuns as mudanças graduais, frequentemente introduzidas ou obtidas por meio do microgerenciamento de elementos parciais do sistema. Este tipo de mudança é acompanhada de uma grande expectativa de que serão alcançadas melhorias no acesso aos serviços de saúde, maior eficiência na prestação de serviços e, em última instância, melhoria na saúde e bem-estar da população.

Pacientes, em geral, não têm informação suficiente para escolher efetivamente entre mudanças repetidas. À medida que informações de todos os tipos se tornam mais acessíveis, a expectativa é de que isto também ocorra para as informações na área da saúde. São necessárias informações que ajudem os indivíduos a identificar os serviços e os profissionais que atendem a certas expectativas de “qualidade.” Essas expectativas podem estar relacionadas à infra-estrutura (“Onde existe um serviço com aparelho de raios X?”), processos de cuidados (“Qual o tempo de espera para ser atendido na clínica ou na Emergência?”) e resultados dos cuidados (“Será que o meu filho vai ficar bom?”). Informações objetivas que podem responder a essas indagações geralmente não estão disponíveis ao público e com frequência também não estão disponíveis sequer à unidade de saúde, profissionais de saúde e agências reguladoras.

O interesse crescente na avaliação da qualidade de serviços de saúde

Esse conjunto de fatores propiciou um clima no qual os responsáveis pela tomada de decisões, em todos os níveis, buscam dados objetivos de avaliação da qualidade sobre as instituições de saúde. O licenciamento, a acreditação e a certificação são abordagens de avaliação da qualidade existentes para atender às necessidades de informação sobre qualidade e desempenho. Essas abordagens têm diferentes propósitos e diferentes capacidades. Escolher a abordagem indicada ou uma combinação delas exige uma análise cuidadosa das necessidades e das expectativas de quem procura as informações. Isto é válido tanto para um único hospital buscando acreditação quanto para um Ministério da Saúde que deseje estabelecer padrões mínimos de qualidade para licenciar unidades rurais de planejamento familiar.

O objetivo desta monografia

O objetivo desta monografia é auxiliar os responsáveis pela tomada de decisões a analisar as diversas abordagens de avaliação e gerência da qualidade dos serviços de saúde. O Capítulo II guia o leitor através das etapas de levantamento das necessidades de avaliação de qualidade. Os Capítulos III e IV dão uma descrição das várias abordagens apropriadas para atender a essas necessidades, incluindo vantagens e desvantagens da abordagem por padrões e da abordagem de indicadores de resultados. Finalmente, os fatores a serem considerados na formulação e na elaboração e implementação da abordagem de avaliação da qualidade escolhidos são

Figura 1-1

Definições de Licenciamento, Acreditação e Certificação

Licenciamento é um processo pelo qual uma autoridade governamental dá permissão a um profissional individual ou instituição de saúde para operar ou para se dedicar a uma ocupação ou profissão. As normas para o licenciamento são geralmente estabelecidas de forma a garantir que uma instituição ou indivíduo atendam a padrões mínimos, a fim de proteger a saúde e a segurança da população. O licenciamento de profissionais individuais é normalmente conferido após algum tipo de exame ou comprovação de formação e pode ser renovado periodicamente pagando-se uma taxa e/ou comprovando-se algum tipo de educação continuada ou competência profissional. O licenciamento a instituições é conferido após uma inspeção *in loco* para determinar se um mínimo de padrões de saúde e segurança foi atendido. A manutenção do licenciamento é uma exigência permanente para que a instituição de saúde continue a funcionar e a cuidar de pacientes.^{1,2}

Acreditação é um processo formal pelo qual um órgão reconhecido, geralmente uma organização não-governamental (ONG) avalia e reconhece que uma instituição de saúde atende a padrões aplicáveis, predeterminados e publicados. Os padrões de acreditação são normalmente considerados ótimos e possíveis e são elaborados para estimular esforços para a melhoria contínua das instituições acreditadas. Uma decisão de acreditação de uma instituição de saúde específica é feita após uma avaliação periódica *in loco* por uma equipe de avaliadores composta por pares, geralmente realizada a cada dois ou três anos. A acreditação é geralmente um processo voluntário no qual instituições decidem participar, em vez de ser decorrente de imposição legal ou regulamentar.

Certificação é um processo pelo qual um órgão autorizado, seja uma organização governamental ou não-governamental, avalia e reconhece um profissional individual ou uma instituição como atendendo a requisitos ou critérios predeterminados. Apesar de os termos *acreditação* e *certificação* serem comumente usados como sinônimos, a acreditação normalmente se aplica a instituições, enquanto que a certificação se aplica a profissionais individuais e a instituições. Quando conferida a profissionais individuais, a certificação normalmente implica que esse profissional recebeu instrução e treinamento adicionais e demonstrou competência em uma especialidade além dos requisitos mínimos para licenciamento. Um exemplo de processo de certificação é um médico que recebe a certificação para a prática de obstetrícia de um conselho profissional especializado. Quando aplicada a uma instituição, ou setor de uma instituição, como um laboratório, a certificação normalmente implica que a instituição dispõe de serviços adicionais, tecnologia ou capacidade além daquelas encontradas em instituições semelhantes.

analisados no Capítulo V. No Apêndice A inclui-se um estudo de caso descrevendo o desenvolvimento e a implementação de um programa de acreditação hospitalar na Zâmbia – uma abordagem inovadora à avaliação de serviços de saúde em um país em desenvolvimento. O Apêndice B inclui uma comparação entre programas de acreditação na área da saúde em todo o mundo.

II. Análise da necessidade de avaliação da qualidade

Uma das primeiras etapas ao se estabelecer um sistema de avaliação de qualidade é determinar as necessidades que ele tem de atender para que se elabore ou se escolha o sistema mais eficiente possível. Como a avaliação da qualidade não é planejada para incluir todas as diferentes necessidades encontradas na maioria dos sistemas de saúde, é fundamental que as limitações do sistema sejam claramente identificadas, assim como as suas capacidades. Por exemplo, as exigências para licenciamento não incluem a avaliação da capacidade do serviço para iniciar e manter um programa de melhoria de desempenho; entretanto, as exigências para acreditação costumam identificar essa capacidade. Da mesma forma, apesar de os padrões da ISO 9000 abordarem o sistema de gestão de qualidade de uma instituição, o seu enfoque concentra-se mais no controle do processo e nas especificações do desenho do produto e menos na avaliação dos resultados; ao passo que este último é inerente a um sistema de acreditação. ISO são as iniciais de *International Organization of Standardization* (“Organização Internacional de Padronização”), uma federação não-governamental de órgãos nacionais de padronização de mais de 90 países, com sede em Genebra. Apesar de poder haver divergências de abordagens, na realidade os sistemas de avaliação para licenciamento, certificação e acreditação podem ter muitos elementos comuns. Cada abordagem será examinada com maiores detalhes no Capítulo III.

Os responsáveis pela tomada de decisões, ao escolher uma abordagem de avaliação de qualidade, frequentemente definem os seguintes objetivos e necessidades:

Manter a qualidade

Durante as épocas de mudanças rápidas e dinâmicas no setor da saúde, torna-se de fundamental importância assegurar que a qualidade dos serviços seja mantida, pelo menos, nos mesmos níveis em que se encontram e não caiam. Novos tipos de seguros-saúde, iniciativas de reestruturação e reforma do sistema de saúde, privatização, redistribuição de recursos humanos e de outros recursos, redução de verbas públicas, novas tecnologias e muitos outros fatores podem gerar preocupação quanto à qualidade dos serviços de saúde. Os responsáveis por gerenciar as mudanças no setor de saúde estão empenhados em implementar meios para o monitoramento da qualidade a fim de impedir mudanças indesejáveis ou imprevistas na qualidade.

Melhoria da qualidade

Um princípio fundamental de todas as abordagens de avaliação e gerência da qualidade em serviços de saúde é que cada sistema e processo em uma instituição produza informações que, após coletadas e analisadas, levem ao seu aperfeiçoamento. Esse processo torna-se um ciclo contínuo de melhoria, à medida em que as instituições implementam os princípios de gestão de qualidade. Pacientes, agências reguladoras, profissionais de saúde, padrões e legisladores podem ter diferentes percepções da qualidade e diferentes prioridades sobre o que precisa ser melhorado. Por exemplo, o tempo de espera no ambulatório pode ser a maior preocupação de

um paciente que teve de esperar duas horas por uma consulta com o médico. Por outro lado, implementar processos para reduzir a taxa de infecções pós-operatórias pode ser maior prioridade para um cirurgião. De maneira geral, todos esses grupos de interesse também reconhecem que o padrão de qualidade de hoje talvez não seja aceito no futuro, criando-se assim a necessidade de estabelecer processos em busca de uma melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde.

Garantir a segurança da população

Os órgãos públicos têm a responsabilidade fundamental de garantir que os cidadãos, ao entrarem numa unidade de saúde, não sofram qualquer mal, não sejam expostos a perigos, como lixo infectado, nem corram o risco de sofrerem algum tipo de lesão. A maioria das pessoas pensa que elas não serão expostas a altos níveis de radiação, que serão evacuadas rapidamente e com segurança em caso de incêndio e que eventuais falhas no funcionamento de equipamentos médicos não resultem em lesão pessoal. As instituições de saúde têm, individualmente, a responsabilidade de obedecer a leis e regulamentos relacionados com a segurança pública e a reduzir o risco de lesões a pacientes ou profissionais dentro de suas unidades.

Classificação e reconhecimento legal

Para poder funcionar, um órgão governamental concede um alvará de funcionamento, levando em conta a capacidade de a instituição atender a certos requisitos mínimos. Esses requisitos incluem aspectos de segurança, qualificação dos profissionais, infra-estrutura existente (fornecimento de água, força e luz), disponibilidade de equipamentos básicos, tipos de serviços oferecidos, etc. Para a concessão desse alvará, não se considera a qualidade efetiva dos serviços oferecidos pela instituição; é o atendimento a critérios e exigências operacionais que fará a instituição ser classificada como hospital geral, policlínica ou ambulatório. Tais critérios e exigências estão dispostos em diferentes leis e regulamentos; em alguns casos, definem qual deve ser a organização da direção instituição, qual a sua capacidade financeira e estrutura de custeio, os aspectos éticos a serem obedecidos. Por exemplo, o pagamento pelos serviços prestados pode estar vinculado à condição de o distribuidor de medicações ser reconhecido.

Os profissionais da saúde são freqüentemente solicitados a atender a certos critérios ou regulamentos que lhes conferem a autorização legal para fazer negócios ou desenvolver uma prática profissional, dentro do escopo de cada profissão da área médica, como medicina ou farmácia.

Verificar se são atendidas as especificações de desenho e manutenção

Os serviços e equipamentos de saúde podem representar um risco a pacientes e membros do quadro de pessoal quando não são planejados corretamente ou não são mantidos conforme as especificações do fabricante. São exemplos de especificações geralmente exigidas das unidades de saúde:

- ◆ Dispor de um número mínimo de saídas de emergência bem localizadas;
- ◆ Dispor de alarme de incêndio e equipamento de combate ao fogo;
- ◆ Dispor de água potável e eletricidade;
- ◆ Dispor de proteção adequada contra a radiação;
- ◆ Mecanismos de segurança para o despejo de lixo infectado ou que represente algum risco;
- ◆ Proteção contra choques elétricos devido a equipamento mal cuidado; e
- ◆ Equipamento laboratorial e radiológico adequadamente calibrado.

As especificações de desenho podem provir de várias fontes, figurando entre elas organizações ou entidades públicas, privadas, profissionais e fabricantes de equipamento.

Documente as capacitações especiais, seja da instituição ou do profissional de saúde

À medida que as instituições ganham recursos para oferecer serviços especiais, elas devem atender a certos critérios para serem reconhecidas como aptas a oferecer tais serviços. Esse reconhecimento especial pode estar associado ao oferecimento de serviços de alta tecnologia, como transplante de órgãos e tecidos, assistência a casos de trauma, banco de sangue, terapia intensiva ou diálise renal. Da mesma forma, à medida que os profissionais de saúde aumentam os seus conhecimentos e capacitação para oferecer serviços diferenciados, usando novas tecnologias ou praticando em diferentes serviços, têm de atender a certos critérios para serem designados competentes nessas áreas. Essa designação pode dar a idéia de que a instituição ou o profissional são a fonte única ou preferida para a realização de determinado tipo de procedimento ou dar a idéia de que aquela instituição ou profissional estão autorizados a receber pagamento pelos serviços prestados. Essa designação é freqüentemente usada para direcionar ou limitar o acesso a certos serviços ou para concentrar recursos escassos em um número limitado de unidades ou clínicas.

Gerenciamento de risco

Várias atividades clínicas e administrativas podem ser realizadas por um serviço de saúde para identificar, avaliar e reduzir o risco de lesões em pacientes, membros do *quadro de pessoal* e visitantes, bem como o risco de perdas à própria instituição. A efetividade dessas atividades pode ser avaliada de maneira independente ou no contexto de um programa de gestão da qualidade. Programas assim podem ser importantes no fornecimento da documentação ao público quanto à natureza dos riscos em uma instituição e a frequência da ocorrência de diferentes tipos de lesões. Este tipo de informação é também importante para autoridades, órgãos que financiam as perdas decorrentes dos incidentes e agências financiadoras da prestação de serviços.

Monitoramento do setor privado

Em países que passam por uma privatização dos serviços de saúde, existe a necessidade de supervisão governamental sobre o setor privado emergente. A abordagem mais efetiva inclui o uso de padrões de desempenho e monitoramento da qualidade, feitos de maneira direta ou por meio de órgãos não-governamentais independentes. Um conjunto uniforme de indicadores de qualidade, como taxas de complicações pós-cirurgia ou o grau de satisfação dos pacientes oferecem uma valiosa comparação do desempenho dos serviços dos setores público e privado. Esse monitoramento pode evitar uma regulamentação excessiva do setor privado e limitar as estratégias de privatização.

Implementação de novas unidades

Um elemento comum à maioria das estratégias de redução de custo na área da saúde é oferecer os serviços necessários em unidades de maior efetividade e menor custo. Assim, a prestação de serviços de saúde migra, cada vez mais, das unidades hospitalares de cuidados agudos para unidades de cuidados ambulatoriais e, mesmo, para a casa do paciente ou uma unidade de longa permanência. Essas estratégias exigem um monitoramento de qualidade para garantir que as reduções desejadas no custo da assistência não limitem o acesso a ela, não reduzam a sua qualidade nem aumentem os riscos para os pacientes ou membros do *quadro de pessoal*. Por exemplo, transferir a realização de cirurgias para o ambulatório não deve aumentar o risco de mortes relacionadas com a anestesia. Da mesma forma, medicar um paciente crônico a domicílio não deve aumentar o risco de erro fruto de técnica não adequada na administração da droga, simplesmente por uma mudança de ambiente. Padrões e indicadores de qualidade iguais aplicados a todas as unidades que oferecem serviços semelhantes moldarão e apoiarão essas estratégias.

Abordagem de questões nacionais de saúde pública

A gestão pela qualidade voltada para questões críticas de saúde pública, como HIV/AIDS, atenção materno-infantil, desnutrição, tuberculose e controle de doenças é uma estratégia adotada em muitos países. A acreditação de postos e centros de saúde, redes de serviços ou organizações de *managed care* (assistência gerenciada) pode exigir o alcance de uma taxa predeterminada de cobertura de beneficiários em serviços de prevenção. Um exemplo pode ser a exigência de que 80% das crianças cobertas por um plano de saúde ou organização de *managed care* acreditada estejam totalmente imunizadas no seu primeiro ano de vida. A gestão da qualidade pode melhorar a efetividade do cuidado e o gerenciamento dos serviços, trazer eficiência aos processos assistenciais, reduzir a necessidade de repetição de ações e o uso inapropriado de recursos escassos, melhorar o desempenho e supervisão do *quadro de pessoal* e aperfeiçoar a educação dos pacientes e do *quadro de pessoal*. Frequentemente, essas experiências de “demonstração” são os fundamentos para um programa nacional duradouro de qualidade na saúde pública.

Alocação de recursos limitados

O uso eficiente de recursos limitados na área da saúde é uma preocupação de instituições de saúde e autoridades em todos os países. A alocação ou redirecionamento apropriado dos recursos limitados não é uma tarefa fácil. Decisões assim são frequentemente baseadas em fatores políticos, necessidades da população, pressão dos profissionais de saúde envolvidos e provas de capacidade médica e tecnologia necessárias. Decisões sobre a alocação com base em dados objetivos de qualidade aumentaram a sua aceitação e sustentabilidade. Por exemplo, se o tempo de permanência, taxas de complicações e taxas de mortalidade para um certo tipo de cirurgia forem menores em um hospital em comparação com outros que oferecem esse serviço, pareceria lógico direcionar pacientes e recursos para esse hospital, considerando-se a limitação de recursos.

Criação de centros de excelência

Como registrado acima quanto à necessidade de se alocar recursos limitados segundo critérios objetivos de qualidade, tais informações podem ser também utilizadas para identificar hospitais e outras unidades onde os resultados dos cuidados prestados em certos serviços são melhores. Resultados excelentes atrairão médicos, pacientes, estudantes, financiamento de pesquisas e tecnologia avançada para esses serviços. Como esses centros geralmente oferecem um grande volume de serviços em uma determinada área, tipicamente alcançam maior eficiência, reduzindo assim o custo por caso. O conceito de centro de excelência também indica parâmetros (*benchmarks*) ou “melhores práticas” a serem empregadas para a melhoria de qualidade de outras organizações de saúde.

Formação de novos sistemas ou redes de serviços

A integração de estruturas organizacionais e serviços clínicos entre vários hospitais ou entre um grupo de instituições de saúde, como um grupo de centros municipais de saúde com um hospital de referência centralizado, tem grande potencial para melhorar a coordenação e a eficiência dos cuidados e reduzir os custos administrativos. Uma preocupação comum na formação de tais sistemas ou redes é a variação no desempenho e na qualidade dos componentes. O “todo é tão forte quanto a sua parte mais fraca” pode ser a expressão que se aplica aqui. O desenvolvimento de uma estrutura unificada de gestão pela qualidade é um primeiro passo importante para considerar essa preocupação. Também a implementação de padrões uniformes para o gerenciamento de informações, gerenciamento de recursos humanos, controle de infecções, liderança e muitos outros processos e funções é também essencial para o sucesso da rede a longo prazo.

Em suma, o consenso sobre a natureza da necessidade de um sistema de avaliação e controle de qualidade é o primeiro passo essencial ao se escolher uma abordagem. Algumas categorias amplas de necessidades estão apresentadas acima. Outras necessidades podem ser identificadas e devem ser incluídas. O processo para a avaliação das necessidades deve incluir todos os interessados mais importantes, de pacientes a altas autoridades. Isto vale tanto para um único hospital quanto para o Ministério da Saúde como um todo. O processo deve ser concluído definindo-se as necessidades prioritárias a serem atendidas a curto e longo prazo. No capítulo seguinte serão identificadas e discutidas as diferentes abordagens que se verificou serem as mais eficazes para atender a essas e a outras necessidades identificadas, com ênfase especial nas estratégias de licenciamento, acreditação e certificação.

III. Abordagem à avaliação da qualidade com base em padrões

Padrões como base de avaliação

No contexto das abordagens de avaliação de qualidade, um padrão é uma expectativa explícita definida por uma autoridade competente que descreve o nível de desempenho aceitável de uma instituição.

Quando aplicado ao licenciamento de um profissional individual ou instituição, o padrão é normalmente elaborado a um nível que proteja a saúde e segurança do público. Padrões de acreditação ou certificação, por outro lado, são elaborados como ótimos e possíveis e que, quando alcançados, levarão à maior qualidade possível em um sistema.

Os padrões são geralmente classificados conforme incluam os insumos (ou estruturas) do sistema, os processos desenvolvidos pela instituição ou os resultados que ela espera dos cuidados que presta ou dos serviços que oferece. A Figura 3-1 dá um resumo e exemplos desses tipos de padrão. Os padrões podem ser desenvolvidos a partir de uma variedade de fontes: de sociedades profissionais a painéis com especialistas, a pesquisas, a regulamentos. Os padrões podem

Figura 3-1

Tipos e exemplos de padrão

Padrões de estrutura observam os insumos (estruturas) do sistema, como os recursos humanos, o planejamento de um prédio, a disponibilidade de equipamento pessoal de segurança para trabalhadores, como sabão, luvas e máscaras, e a disponibilidade de equipamentos e suprimentos, como microscópios e reagentes laboratoriais.

Padrões de processo incluem as *atividades* ou *intervenções* desenvolvidas na instituição relativamente aos cuidados a pacientes ou no gerenciamento da instituição ou seu quadro de pessoal. Padrões de processo para um hospital ou centro de saúde podem incluir áreas como avaliação de pacientes, educação de pacientes, administração de medicações, manutenção de equipamentos ou supervisão do pessoal. Recentemente, grupos de especialistas vêm desenvolvendo padrões de processo explícito, chamados de “protocolos clínicos.” Essas diretrizes são baseadas em provas científicas médicas (Medicina com Base em Provas). Órgãos governamentais, seguradoras e associações profissionais estão promovendo o seu uso no processo de atendimento a condições clínicas comuns ou de alto risco.

Padrões de resultado observam o efeito das intervenções realizadas em pacientes com um problema de saúde específico e se o objetivo específico dessa intervenção foi alcançado. Exemplos de resultados, tanto positivos quanto negativos, são mortalidade de pacientes internados, cicatrização sem complicações (por exemplo, infecções), parto sem complicações com recém-nascido saudável e solução de uma infecção com uso da terapia antibiótica apropriada.

também ser específicos a cada instituição, como os refletidos nas normas e procedimentos clínicos ou orientações clínicas para casos de emergência em um hospital. Os padrões podem surgir de um consenso sobre quais sejam as “melhores práticas”, conforme o estágio atual de conhecimentos e tecnologia.

Características de um “bom” padrão

Existem muitos componentes para verificar se um padrão atende ao seu propósito de melhorar a qualidade. Algumas das perguntas a serem consideradas no desenvolvimento, revisão ou implementação de um padrão constam da Figura 3-2.

Figura 3-2

Lista de verificação para avaliar um padrão

- ✓ Enfoca os pacientes ou clientes que recebem assistência ou serviços?
- ✓ Tem “validade de face”(face validity) e confiabilidade comprovada?
- ✓ Inclui o desempenho de funções comuns ou importantes de uma instituição de saúde, como cuidados de pacientes, liderança, controle de infecções e gestão de recursos humanos?
- ✓ Os especialistas acreditam que ele é importante para a prática ou para melhorar resultados?
- ✓ É passível de avaliação e quantificação por meio de um processo de avaliação interno ou externo?
- ✓ Pode ser aplicado uniformemente a todas as instituições de mesma natureza, como hospitais?
- ✓ É coerente com as leis e os regulamentos existentes?
- ✓ Inclui algum padrão internacional existente, como os publicados pela Organização Mundial da Saúde?
- ✓ É culturalmente sensível e apropriado?
- ✓ Reflete o que os especialistas consideram como “boas práticas”?
- ✓ A sua estrutura permite que se incluam avanços na prática clínica ou tecnológicos?
- ✓ É suficientemente flexível para ser revisto quando necessário?

Componentes de um padrão

Ao se elaborar um padrão, é útil considerar o seu propósito e objetivo, bem como a expectativa de como ele vai ser alcançado. Um padrão precisa ser claro para que qualquer leitor saiba como será desenvolvido. Por exemplo, um padrão que diga apenas “Os pacientes serão avaliados” atribui muito pouca informação aos elementos essenciais, como os componentes ou oportunidade da avaliação ou a qualificação do profissional que faz a avaliação. Seria difícil garantir qualquer grau de consistência ao se implementar esse padrão em uma instituição de saúde, a menos que se forneçam maiores detalhes. Um padrão mais bem redigido diria: “Os pacientes são submetidos a um exame clínico completo por um médico num prazo máximo de duas horas após a sua chegada à clínica.” Na redação do próprio padrão ou em alguns critérios, protocolos ou ferramentas a ele associados, podem ser explicitados os componentes de um “exame clínico completo.”

Outro componente importante do padrão é a descrição de como o desempenho será medido ou que pontuação receberá; por exemplo, espera-se alcançar esse padrão 100% das vezes? Existem exceções válidas que precisam ser consideradas? Se um padrão for usado para se fazer uma avaliação externa de qualidade, como um levantamento para acreditação, que tipo de metodologia será utilizada para pontuação? Há variações de desempenho a serem consideradas, como a que pode ser vista na escala do tipo Likert de 5 pontos (sempre alcançado, normalmente alcançado, às vezes alcançado, raramente alcançado, nunca alcançado)? O padrão também deve considerar qual o tipo de prova de desempenho exigida, como documentação do prontuário médico ou em dados agregados de garantia de qualidade. O padrão acima descrito, incorporando o processo de avaliação do paciente, pode ser avaliado por meio de uma combinação de técnicas, inclusive uma auditoria dos registros, bem como entrevistas com o paciente e observações diretas do médico que o avaliou. É útil considerar essa prova de desempenho na formulação de um sistema de monitoramento do desempenho dos padrões; caso contrário, o padrão pode parecer bom, no plano abstrato, mas a instituição não dispõe de meios para determinar se é realmente implementado na prática. Especialmente em países em desenvolvimento, confiar em dados extraídos do prontuário do paciente para determinar se um padrão foi alcançado pode não ser suficiente. O sistema de registros talvez não seja completamente constante para servir a esse propósito. Entretanto, uma variedade de fontes de provas, incluindo entrevistas com pacientes e membros do *quadro de pessoal* e observação direta dos processos existentes na instituição, proporcionará um cenário mais completo do seu nível de desempenho dos padrões.

Visão geral de modelos de avaliação da qualidade

Três abordagens principais de avaliação da qualidade dos serviços de saúde com base em padrões são há muitos anos amplamente aceitas pelo setor de: licenciamento, acreditação e certificação. Essas abordagens foram aperfeiçoadas pela experiência para servir a diferentes propósitos e oferecer diferentes perspectivas sobre o nível de qualidade alcançado. Por exemplo, os padrões de acreditação são, via de regra, estabelecidos levando-se em conta o nível máximo passível de ser alcançado, a fim de estimular melhorias ao longo do tempo. Os

critérios ou padrões usados para licenciamento, por outro lado, são geralmente fixados a um nível mínimo, destinados a assegurar que a instituição disponha dos componentes essenciais necessários para o cuidado dos pacientes em um ambiente com um mínimo de risco à saúde e à segurança. A certificação é uma abordagem que pode incluir tanto profissionais como instituições ou setores de uma instituição (por exemplo, laboratório ou radiologia), como são os padrões da ISO 9000 que avaliam a conformidade a especificações determinadas. A certificação também pode incluir uma avaliação da capacidade da instituição de atender a certos padrões, para se habilitar a receber fundos do governo. A certificação de um profissional de saúde pode refletir o seu conhecimento e habilidade em uma área especializada, como medicina de emergência ou parteira. A seção seguinte examina cada abordagem e definição de forma mais detalhada.

Licenciamento

Como o acima descrito, o licenciamento é sempre conferido por uma entidade governamental ou seu agente designado, como um conselho licenciador ou regulador (por exemplo, um conselho estadual ou federal de medicina ou enfermagem) e contemplam os requisitos legais mínimos para uma instituição de saúde ou profissional individual funcionar, cuidar de pacientes ou trabalhar. Diferentemente da acreditação ou certificação, abordagens que se baseiam em padrões ótimos e possíveis ou na comprovação de um conhecimento ou capacitação especial, o objetivo do licenciamento é proteger a saúde e a segurança pública.

Licenciamento de profissionais

Ao definir os requisitos legais para um médico ou outro profissional de saúde, os padrões para licenciamento restringem a prática profissional a profissionais qualificados que atendam a qualificações mínimas, tais como graduação em um programa educacional reconhecido e aprovação em um exame que avalie os conhecimentos esperados desse profissional. Os componentes de um programa de licenciamento para profissionais da saúde incluem:

- ◆ Exame das credenciais de uma pessoa para determinar se a sua formação e experiência atendem aos requisitos legais;
- ◆ Inspeção de programas educacionais para determinar se os programas de treinamento atendem aos padrões exigidos;
- ◆ Realização de provas para verificar a qualificação profissional;
- ◆ Concessão de licença com base em reciprocidade a profissionais de outras jurisdições (por exemplo, estados) ou países;
- ◆ Estabelecimento de regulamentos estipulando padrões de prática profissional; e
- ◆ Investigações de suspeitas de violação de padrões, que podem levar à revogação ou suspensão da licença profissional de uma pessoa.

O desenvolvimento uniforme e o uso constante de linguagens e definições padronizadas podem ser um problema para países grandes e com variações culturais acentuadas. Além disso, tal uniformidade também deve estender-se ao licenciamento de todos os tipos de profissionais de saúde. Conselhos profissionais e órgãos governamentais frequentemente participam da formulação de requisitos para a uniformização de normas e práticas. Nos Estados Unidos, a Federação de Conselhos Médicos Estaduais e seus conselhos membros se valem do documento há muito consagrado *A Guide to the Essentials of a Modern Medical Practice Act* (“Guia para os Fundamentos da Lei sobre a Prática Médica Moderna”) para orientar a adoção de novas leis sobre a prática médica ou sugerir emendas a leis já existentes. Dezoito elementos-chave previstos no Guia são úteis e podem ser considerados por qualquer país ou estado interessado em estabelecer ou melhorar o seu sistema que rege os médicos e regulamenta a prática médica. Com efeito, os conceitos e as normas gerais do Guia podem facilmente ser aplicáveis ao licenciamento de outros profissionais de saúde. Entre os tópicos abordados figuram a realização de exames, exigências para a concessão de uma licença plena, concessão de licenças temporárias e especiais, ações disciplinares contra profissionais licenciados, procedimentos contra profissionais deficientes ou incompetentes, exercício ilegal da medicina e renovação periódica da licença.

Licenciamento de instituições de saúde

Os padrões de licenciamento têm como objetivo definir o nível de qualidade necessário para que os cuidados de pacientes ou outras atividades de saúde (por exemplo, dispensação de drogas por uma farmácia) sejam realizados com segurança. Esses padrões também definem as capacidades necessárias para que uma instituição de saúde seja definida como hospital ou centro de saúde. Por exemplo, para a concessão de licença em uma jurisdição específica, pode ser exigido que uma unidade de saúde ofereça certos serviços (por exemplo, cirurgia, radiologia, enfermagem durante 24 horas, serviços de farmácia e laboratório) para que possa ser considerada um hospital. Ao contrário da acreditação ou da certificação, normalmente formas voluntárias de avaliação externa, o licenciamento é sempre obrigatório. A concessão de uma licença pelo governo a uma instituição significa a sua permissão para que a instituição funcione e ofereça assistência ou serviços a pacientes. Nos Estados Unidos, o processo de licenciamento de um novo hospital ou serviço, ou centro de saúde também pode exigir que se comprove a sua necessidade na comunidade local, para que os recursos da saúde sejam devidamente alocados. Esta comprovação é normalmente conhecida como “certificado de necessidade”, mediante o qual uma instituição de saúde apresenta justificativas por escrito a uma autoridade reguladora (secretaria estadual de saúde ou comissão de planejamento urbano).

Dependendo do escopo da licença (se institucional ou individual) e de leis específicas de países ou estados, ela é concedida inicialmente com base em algum tipo de avaliação ou inspeção externa, usando-se um mínimo de padrões ou capacitação. Os padrões, por natureza, são específicos de cada país ou estado. Por exemplo, em países em desenvolvimento, os padrões de licenciamento de um hospital podem incluir serviços básicos, como a disponibilidade de água potável 24 horas por dia, roupa de cama e outros suprimentos para leitos, bem como serviços

laboratoriais capazes de realizar os exames diagnósticos mais comuns feitos no país (por exemplo, esfregaços para verificação de malária, contagem completa dos elementos hematológicos). Questões sobre o prédio e segurança contra incêndio, incluindo-se o manejo de lixo contaminado, são freqüentemente considerados nos padrões de licenciamento de uma unidade de saúde. A prorrogação do licenciamento pode ser feita automaticamente pelo pagamento de uma taxa determinada, desde que não se tenham identificado ou relatado problemas, ou para renovação podem-se exigir inspeções periódicas ou a apresentação de documentos.

Muitos países têm, atualmente, algum sistema de licenciamento para instituições de saúde e profissionais, embora, devido à escassez de recursos ou má supervisão, esses sistemas talvez não sejam tão eficientes quanto deveriam na proteção da saúde pública e do bem-estar da população. Os fiscais de licenciamento geralmente se concentram estritamente no cumprimento, por parte da instituição, das normas mínimas exigidas e, ao contrário dos avaliadores da acreditação, não consideram a sua função como de consulta e educação. Compartilhar as “melhores práticas” de outras instituições de saúde ou criar novas maneiras de atingir os padrões e melhorar os processos organizacionais não é, via de regra, estimulado no curso de uma inspeção de licenciamento. Enquanto os padrões de acreditação e certificação são periodicamente revistos para estarem atualizados com as mudanças nas práticas e tecnologia na área da saúde, as exigências para o licenciamento normalmente variam muito pouco de ano a ano e exigem iniciativas legislativas ou reguladoras, um processo muito mais difícil em muitos casos.

Avaliação da efetividade de um mecanismo de licenciamento

Ao analisar os seus mecanismos de avaliação da qualidade na área da saúde, muitos países talvez queiram investigar mais detalhadamente o escopo e a efetividade do seu licenciamento a profissionais de saúde e como a licença é realmente usada na prestação de serviços de saúde. O órgão concedente da licença pode realizar o seu trabalho dentro da sua competência legal, mas o objetivo a que visa o licenciamento – proteger a saúde e segurança do público – não é totalmente atendido. A Figura 3-3 apresenta elementos e perguntas que um país ou estado podem considerar ao avaliar a eficácia dos seus mecanismos de licenciamento de profissionais de saúde.

Figura 3-3

Questões a serem consideradas na avaliação de mecanismos de licenciamento de profissionais de saúde

- ◆ Quais são os sistemas existentes para o licenciamento de todas as categorias de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc. ?
- ◆ O sistema permite a verificação das principais fontes de credenciais de cada profissional, incluindo a formação em um programa educacional reconhecido?
- ◆ A instituição de saúde, seja hospital ou centro de saúde, que emprega esses profissionais, exige e arquiva rotineiramente a documentação escrita da sua licença em vigor?
- ◆ Os profissionais podem praticar apenas no âmbito definido das suas licenças e isto é normalmente tratado, de certa forma organizada, como mecanismo de credenciamento ou por meio de descrição escrita de cargos e funções? Por exemplo, se o hospital não empregar um farmacêutico licenciado para responder pela farmácia e dispensar medicações, é permitido que um técnico de farmácia, enfermeiro ou médico desempenhem essas funções?
- ◆ Quais são os mecanismos existentes, como uma completa supervisão do pessoal e monitoramento de qualidade, para assegurar que os profissionais de saúde do quadro de pessoal estejam exercendo a sua prática dentro do seu escopo legal de atuação, nível comprovado de competência e descrição de suas funções e atribuições?
- ◆ Como são investigadas as queixas contra profissionais individualmente identificados?
- ◆ Qual o sistema para revogação e renovação da licença?

Coleta e verificação de credenciais

A coleta, verificação e utilização de credenciais profissionais é geralmente um mecanismo definido por cada instituição de saúde, mas em alguns países isto consta das exigências para licenciamento. Nas credenciais profissionais normalmente se incluem o treinamento, formação, experiência e licenciamento. O processo para se obter, verificar e avaliar as qualificações do profissional de saúde que oferecem serviços específicos a pacientes é frequentemente chamado de “verificação de credenciais.” Por exemplo, um médico pode ter licença para praticar medicina em uma jurisdição especial, como um país ou estado, mas um hospital específico pode limitar o escopo da prática do profissional com base na sua formação e na capacidade demonstrada de realizar um procedimento assistencial específico. O hospital pode determinar que apenas os médicos que tenham demonstrado um nível de aptidão e capacidade – por terem

realizado um número definido de endoscopias, por exemplo – têm credenciais suficientes para realizar esse procedimento no hospital. A análise de credenciais é um processo constante que verifica novamente a qualificação e competência de cada profissional. As vantagens dessa abordagem de análise de credenciais é o fato de tipicamente se basear em auto-regulação da categoria profissional e da instituição de saúde e poder promover melhoria contínua, educação e responsabilidade profissional.

Acreditação

A acreditação é normalmente um programa voluntário, patrocinado por uma organização não-governamental, no qual colegas treinados externamente avaliam a conformidade da instituição de saúde com padrões de desempenho preestabelecidos. A acreditação abrange a capacidade ou desempenho da instituição, não do profissional individual. Ao contrário do licenciamento, a acreditação enfoca estratégias contínuas de melhoria e alcance de padrões ótimos de qualidade e não apenas a conformidade a padrões mínimos destinados a para garantir a segurança pública.

Os padrões de acreditação são, via de regra, desenvolvidos por um consenso de especialistas em saúde, publicados, analisados e revistos periodicamente para ficarem atualizados com o progresso na área da qualidade de serviços de saúde, avanços tecnológicos e terapêuticos e mudanças na política de saúde. Dependendo do escopo e da filosofia do modelo específico de acreditação escolhido, os seus padrões podem comportar-se como um sistema, organizando-se em torno de funções e processos-chave centrados tanto no paciente quanto na instituição (por exemplo, avaliação do paciente, controle de infecções, garantia de qualidade e gerenciamento de informações.) Alternativamente, os padrões podem ser agrupados por departamentos ou serviços dentro de uma instituição de saúde, como serviços de enfermagem, farmácia e radiologia. Os principais objetivos da acreditação são:

- ◆ Melhorar a qualidade dos cuidados da saúde estabelecendo metas ótimas a serem atingidas ao se alcançar os padrões para organizações de saúde;
- ◆ Estimular e melhorar a integração e o gerenciamento dos serviços de saúde;
- ◆ Estabelecer um banco de dados comparativos de instituições de saúde destinado a atender um grupo escolhido de padrões ou critérios de estrutura, processo e resultados;
- ◆ Reduzir os custos dos cuidados da saúde enfocando ou aumentando a eficiência e efetividade dos serviços;
- ◆ Oferecer educação e consultoria a instituições de saúde, gerentes e profissionais de saúde sobre estratégias de melhoria de qualidade e “melhores práticas” na área da saúde;
- ◆ Fortalecer a confiança do público na qualidade dos cuidados à saúde; e
- ◆ Reduzir os riscos associados a lesões e infecções em pacientes e membros do *quadro de pessoal*.

Para que se tome uma decisão de acreditação quanto à capacidade de uma instituição de saúde de atender padrões de desempenho publicados, uma equipe especializada na matéria ou avaliadores treinados fazem uma avaliação *in loco* em intervalos predeterminados, geralmente a cada dois ou três anos. Dependendo do planejamento e das normas do programa de acreditação, essas avaliações ou levantamentos *in loco* podem ser realizados notificando-se ou não antecipadamente a instituição. Existem vantagens e desvantagens em ambas as abordagens. Quando se comunicam à instituição de saúde as datas do levantamento, ela pode tomar medidas para que os gerentes-chave e membros do *quadro de pessoal* estejam presentes e disponíveis para participar do processo, promovendo assim oportunidades ótimas para consultas e educação com a equipe de avaliadores. Por outro lado, quando a instituição sabe as datas exatas em que o levantamento será feito, pode haver uma tendência da instituição em investir em um esforço de último minuto para “parecer bem” perante os avaliadores, como uma limpeza especial das instalações, dificultando à equipe de avaliadores determinar as práticas e o funcionamento habitual. Independente da abordagem que se use ao se agendar uma avaliação *in loco*, uma equipe de avaliadores bem treinada e detalhista examinará além da superfície aparente para determinar se essa instituição de saúde atende a uma ampla série de padrões organizacionais e voltados a cuidados prestados aos pacientes.

Os avaliadores geralmente empregam uma variedade de estratégias de avaliação para determinar se a instituição de saúde atende a padrões relativos a sistemas e funções-chave, como cuidados a pacientes, controle de infecções, gerenciamento de ambiente, gerenciamento de recursos humanos e garantia de qualidade. Por exemplo, a equipe de levantamento pode analisar documentos escritos (como planos operacionais e orçamentários, normas e procedimentos para condutas clínicas, procedimentos operacionais padronizados para a realização de certos exames laboratoriais). Além de uma análise dos documentos, os avaliadores costumam entrevistar os dirigentes da instituição, médicos, funcionários e pacientes para determinar o desempenho e a conformidade da instituição com os padrões. Por exemplo, um avaliador pode querer entrevistar um paciente sobre o seu nível de satisfação com os cuidados prestados pela instituição, bem como pedir um retorno ao paciente sobre como a instituição poderia melhorar os seus serviços ou a prestação de cuidados. Os dirigentes, incluindo membros da direção e da administração da instituição, podem ser entrevistados sobre os processos empregados pela instituição e como são projetados para atender a padrões de planejamento, orçamento, atividades de garantia da qualidade e gerenciamento de recursos humanos. Os médicos podem ser entrevistados sobre processos de assistência a pacientes (por exemplo, avaliação de pacientes, uso de medicação, exames diagnósticos).

Os avaliadores da agência de acreditação normalmente visitam o prédio da instituição e as áreas de assistência, para avaliar os padrões relacionados com aspectos gerais de segurança do prédio, gerenciamento do lixo, limpeza em manutenção em geral, gerenciamento de equipamentos e suprimentos, controle de infecções, segurança contra incêndio e preparação para emergências. Serviços diagnósticos, como o departamento de radiologia e o laboratório, são também avaliados quanto à segurança, eficácia, controle de qualidade e gerenciamento de equipamentos. Serviços de apoio, como nutrição, farmácia e reabilitação são também áreas incluídas no levantamento para acreditação de um hospital ou centro de saúde. Atividades típicas ou componentes de um levantamento de acreditação de uma instituição de saúde estão assinalados na Figura 3-4.

Figura 3-4

Abordagens de avaliação tipicamente usadas na realização de um levantamento para acreditação

A maioria dos órgãos de acreditação de organizações de saúde usam uma variedade de abordagens de avaliação durante o levantamento *in loco*, para determinar a conformidade das instituições de saúde quanto aos padrões aplicáveis de estrutura, processos e resultados. Esses métodos podem incluir qualquer combinação do seguinte:

- ◆ Entrevistas com a direção;
- ◆ Entrevista com membros do corpo clínico e da equipe de apoio;
- ◆ Observação dos cuidados e serviços oferecidos aos pacientes;
- ◆ Visita ao prédio e observação das áreas onde são prestados cuidados aos pacientes, instalações, gerenciamento de equipamento e serviços de exames diagnósticos;
- ◆ Análise de documentos escritos, tais como normas e procedimentos, planos de orientação e treinamento, e planos de documentos, orçamentos e garantia de qualidade; e
- ◆ Análise de prontuários médicos.

As conclusões da avaliação são analisadas para determinar se um hospital ou centro de saúde atinge um patamar aceitável de conformidade, para que lhe seja conferida a acreditação. Uma das vantagens da acreditação é que ela combina a avaliação e as conclusões de vários avaliadores em uma única impressão sobre a conformidade da instituição com os padrões e com a qualidade geral da assistência. Como o enfoque visa a uma melhoria contínua dos sistemas e processos institucionais, o levantamento *in loco* é geralmente consultivo e educacional, bem como de natureza avaliatória. Os avaliadores são geralmente capazes de oferecer recomendações quanto às “melhores práticas” realizadas em outras instituições semelhantes ou fazer sugestões sobre abordagens de qualidade que a instituição deseje adotar no futuro. Por exemplo, um avaliador pode sugerir uma estratégia de melhoria para reduzir o tempo de espera de mulheres atendidas no serviço de planejamento familiar.

O limite para determinar se uma instituição de saúde será ou não acreditada deve basear-se em regras predeterminadas que são consistentemente aplicadas para que um programa de acreditação mantenha a credibilidade e goze da confiança do público e dos profissionais de saúde. É fundamental que se estabeleçam processos para proteger uma decisão sobre acreditação contra influências políticas e profissionais. Um mecanismo para conseguir isso é a publicação e distribuição de explicações sobre os propósitos dos padrões, bem como das regras de

decisão, para que qualquer indivíduo ou instituição interessados saibam exatamente quais são os níveis de conformidade aos padrões necessários para conseguir a acreditação.

Dependendo das suas regras específicas, um programa individual de acreditação pode usar vários tipos de decisões ou concessões de acreditação para indicar o nível de desempenho da instituição relativamente aos padrões. Por exemplo, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, o maior órgão de acreditação dos Estados Unidos, confere a uma organização a acreditação com louvor, acreditação com ou sem recomendações do Tipo I (uma forma de recomendação que exige ações corretivas), acreditação condicional ou não a acredita.⁵ Outros órgãos de acreditação podem usar o prazo ao qual se confere a acreditação, por exemplo, de um a três anos, como maneiras de se diferenciar o desempenho das diferentes instituições quanto aos padrões. Frequentemente, é necessário algum tipo de ação posterior ou melhoria quando áreas problemáticas ou oportunidades para melhorias são identificadas durante o levantamento para acreditação. A instituição de saúde recebe um relatório detalhado por escrito o qual, dependendo das normas do órgão que a acredita, pode ou não ser divulgado ao público. Além disso, algum tipo de designação especial, prêmio ou certificado também é normalmente conferido à instituição.

Vários elementos vitais precisam ser considerados, desenvolvidos e implementados para se garantir a efetividade e a manutenção de um programa de acreditação.⁶ Esses elementos estão apresentados na Figura 3-5. Cada um desses elementos é intrínseco ao sucesso do programa de acreditação, o qual, em última análise, não deve ser medido pelo número de instituições que acredita, mas pelo impacto que provoca ao estimular melhorias nos cuidados recebidos por pacientes e comunidades.

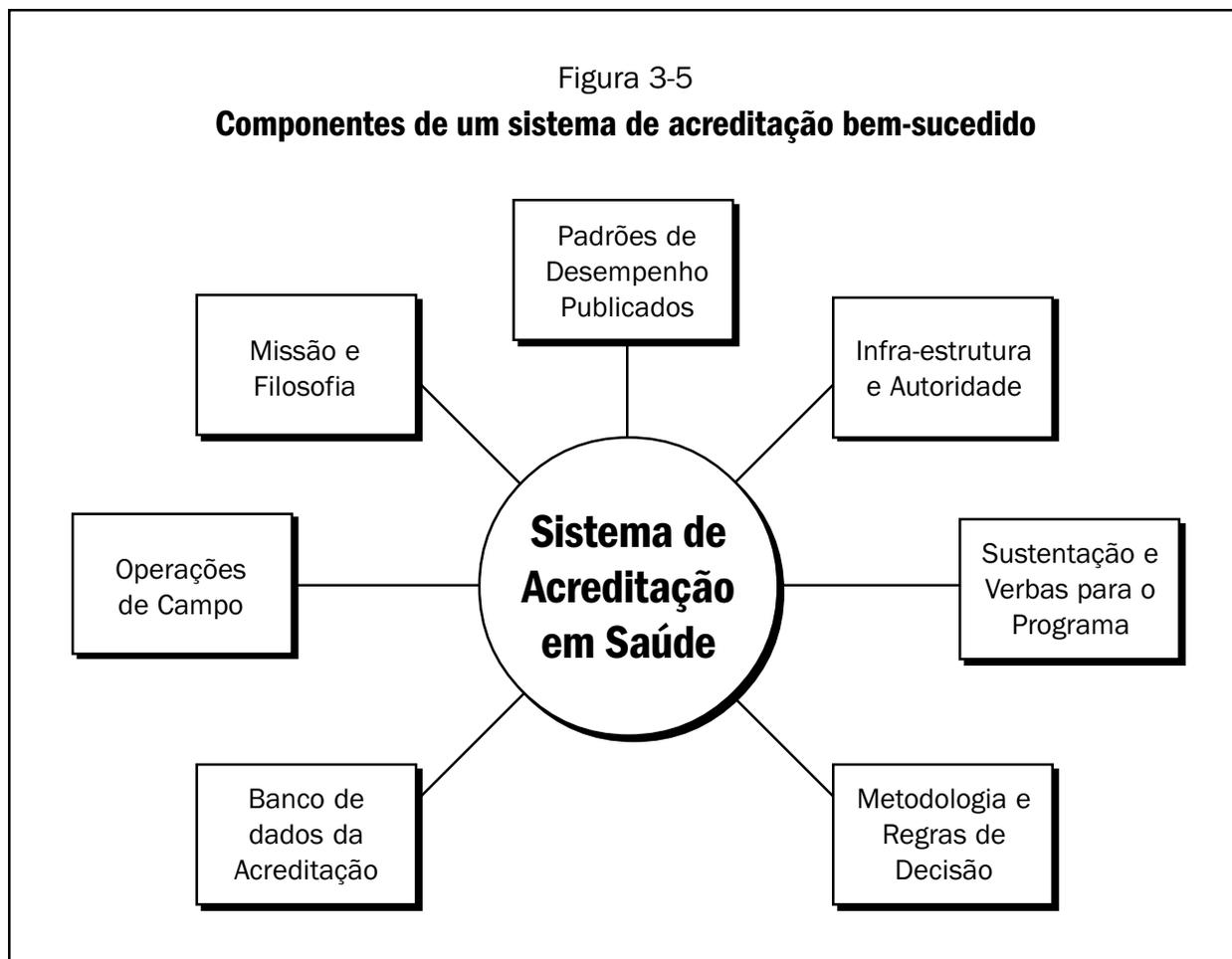
Componentes de um sistema de acreditação

Primeiro, a *missão* e a *filosofia*, bem como a *infra-estrutura* e a *autoridade para realizar o programa* devem ser determinados; por exemplo, o órgão acreditador é uma entidade governamental ou não-governamental? Quais serão os principais responsáveis pela tomada de decisões? Haverá um comitê especial encarregado de definir os padrões e dar a decisão sobre a acreditação? A maioria dos órgãos de acreditação procura ter profissionais de saúde que exerçam uma função ativa no desenvolvimento e interpretação de padrões, a fim de garantir o compromisso dos profissionais com as metas e objetivos do programa de acreditação. É importante considerar se a acreditação será voluntária ou exigida por lei ou regulamento e se as verbas ou pagamentos serão vinculados à acreditação.

Padrões relevantes, objetivos e mensuráveis são fundamentais para alcançar a melhoria esperada na qualidade dos cuidados da saúde. Os padrões de acreditação, ao contrário dos padrões mínimos de licenciamento elaborados para proteger a segurança do público, devem estimular as instituições de saúde a procurarem continuamente a melhoria da qualidade, reconhecendo, entretanto, o que é possível alcançar em função das limitações potenciais de recursos. É especialmente importante considerar essa filosofia – “fazer o melhor conforme os recursos disponíveis” – em países em desenvolvimento, onde as limitações de recursos podem causar impacto significativo na capacidade de uma instituição de alcançar um desempenho ótimo. Se os

Figura 3-5

Componentes de um sistema de acreditação bem-sucedido



padrões definidos forem irrealisticamente altos, as instituições se sentirão desmoralizadas e desmotivadas para tentar alcançá-los; entretanto, aumentos graduais podem ser possíveis e devem ser recompensados. O Capítulo 4 aborda em detalhes as considerações sobre o desenvolvimento, distribuição, análise e revisão de padrões.

Um terceiro ingrediente essencial para se construir um programa eficiente de acreditação é o *gerenciamento de operações de campo*. Isto inclui a supervisão e treinamento de avaliadores, consultas à instituição de saúde antes da avaliação – realizando, por exemplo, seminários educativos – e os processos associados à realização da avaliação *in loco*. Componentes específicos a serem considerados com respeito ao gerenciamento de operações de campo incluem:

- ◆ Escolha e treinamento de uma equipe especializada encarregada da análise ou avaliação;
- ◆ Supervisão e educação constante dos analistas;
- ◆ Educação e consultas sobre os padrões para instituições de saúde;

-
- ◆ Processos pré-avaliação: solicitação, agendamento, notificação e organização logística (por exemplo, para a avaliação ou viagens) para avaliação *in loco*;
 - ◆ Desenvolvimento de uma metodologia padronizada de avaliação para avaliar os padrões de desempenho;
 - ◆ Avaliações *in loco* realizadas em intervalos predeterminados;
 - ◆ Processos pelos quais os avaliadores documentam e atribuem pontuação às conclusões; e
 - ◆ Análise pós-avaliação das conclusões dos avaliadores.

Uma *estrutura para a tomada de decisões de acreditação* é necessária para garantir que o processo seja justo, válido e que tenha credibilidade. Essa estrutura deve considerar o seguinte:

- ◆ Padrões de desempenho publicados para se alcançar a acreditação;
- ◆ Níveis ou tipos de concessão de acreditação (por exemplo, acreditação básica, intermediária ou avançada, acreditação “medalha de ouro”);
- ◆ Regras quanto à necessidade de avaliações posteriores ou ações corretivas;
- ◆ Formato e distribuição do relatório de acreditação; e
- ◆ Normas quanto à divulgação pública das conclusões da acreditação.

À medida que o programa de acreditação fizer as suas avaliações, analisar as suas conclusões, tomar decisões sobre acreditação e armazenar informações, surgirá um *banco de dados* de acreditação. Esse banco de dados pode fornecer dados agregados úteis que destacarão áreas nas quais muitas instituições estão alcançando os padrões esperados, bem como áreas problemáticas ou indicarão oportunidades para melhorias. Por exemplo, os dados agregados podem revelar que as operações de gerenciamento da farmácia e distribuição de medicações são as deficiências mais comuns em 60% dos hospitais analisados. Esses dados são um testemunho forte para os legisladores de políticas públicas. Essa informação pode ser útil ao identificar tanto as prioridades de recursos quanto a necessidade de educação complementar e assessoria técnica. Além disso, as instituições de saúde também têm a oportunidade de dispor de parâmetros para avaliação de seus indicadores de resultados, comparando-os aos de instituições semelhantes, constituindo-se num incentivo à melhoria do desempenho. Esses dados comparativos também ajudam a informar o público, colaboram na escolha dos consumidores e estimulam a pressão local à melhoria dos serviços de saúde.⁷

Por fim, para que um programa de acreditação se desenvolva, cumpre abordar a questão da *sustentação do programa*, incluindo viabilidade financeira. O desenvolvimento inicial do programa pode ser feito por fundações, órgãos governamentais e órgãos de fomento; entretanto, programas mais bem-sucedidos podem exigir que as instituições de saúde em busca de acreditação paguem os serviços a esta relacionados, como custos da avaliação *in loco*, educação e publicações. Além do valor intrínseco que a instituição e sua direção encontram ao atingir os padrões e melhorar continuamente os cuidados prestados, são geralmente as forças do

mercado que acrescentam o incentivo financeiro para manter a acreditação, uma vez que esta seja conquistada. Por exemplo, nos Estados Unidos, a acreditação é normalmente vinculada a reembolsos do governo, de seguradoras e de terceiros, por meios formais e informais, como o reconhecimento, por parte do *Health Care Financing Administration* (“Administração do Financiamento da Saúde”) de hospitais acreditados que atendam às exigências para participar do programa *Medicare*. Em países onde muitas das organizações de saúde são de propriedade do governo e por ele geridas, os legisladores poderiam considerar algum tipo de incentivo financeiro ou bônus para as organizações que atinjam um alto nível de desempenho relativamente aos padrões.

Um dos pontos mais positivos da acreditação é o fato de que ela apóia esforços contínuos de melhorias por meio de consultas e de educação, além da avaliação, em vez de preconizar uma metodologia de inspeção e punição. Ao se preparar para um levantamento de acreditação, uma instituição de saúde avalia-se a si própria, a fim de determinar a sua conformidade com os padrões, bem como identificar oportunidades de melhoria. Essa auto-avaliação pode fornecer a médicos e gerentes informações importantes sobre a instituição. Já que os especialistas em saúde normalmente desenvolvem padrões por meio de um processo de consenso, é mais provável conseguir um sentimento de compromisso com os objetivos almejados. Como se visa a que os padrões de acreditação sejam ótimos e passíveis de serem alcançados e não mínimos, podem ser revistos e atualizados com base na introdução de novos modelos de prestação de cuidados (por exemplo, assistência na comunidade), políticas públicas, garantia de qualidade e conceitos de melhoria, bem como tecnologia de saúde.

A a acreditação pode funcionar com sucesso em países em desenvolvimento, onde geralmente a avaliação da qualidade é mínima, quando existente? A resposta é um retumbante sim! O Apêndice A descreve o surgimento de um programa de acreditação hospitalar na Zâmbia, um país em desenvolvimento na região centro-sudeste da África, onde a maioria dos hospitais pertencem ao governo e antes da acreditação não haviam passado por qualquer avaliação externa, estruturada, de qualidade. O Apêndice B inclui uma tabela comparando vários modelos de acreditação tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Os leitores interessados em obter informações adicionais sobre um programa específico de acreditação devem escrever ou telefonar para esses órgãos de acreditação e/ou verificar informações sobre o programa publicados em *sites* da Internet.

Por fim, deve-se fazer referência a uma variedade de programas voluntários que analisam um ou mais aspectos da instituição relativamente a uma série de padrões ou critérios e conferem à instituição um certificado de “acreditação.” Um exemplo desse processo de “acreditação informal” é o certificado de “Hospital Amigo da Criança”, conferido pela UNICEF por meio do seu programa de estímulo ao aleitamento materno. Outros exemplos de programas de acreditação de instituições que incluem um serviço específico ou especialidade são apresentados na Figura 3-6.

Figura 3-6

Exemplos de Enfoques de Tipos de Acreditação

Hospital Amigo da Criança

A iniciativa do Hospital Amigo da Criança é um projeto mundial da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da UNICEF. A meta dessa iniciativa é reconhecer hospitais e maternidades que fazem ações especiais para oferecer um ambiente ótimo para o aleitamento materno. Cerca de 14 mil hospitais de todo o mundo receberam esse prestigioso certificado. Para ganhá-lo, as instituições devem demonstrar que implementaram os “Dez Passos para o Aleitamento Materno.” Existem três fases principais nesse processo. Primeiro, uma maternidade decide trabalhar para se tornar Amiga da Criança e compromete-se com esse processo apresentando uma solicitação (que inclui uma carta de intenções, uma taxa anual e um formulário preenchido de auto-avaliação) para a iniciativa Amigo da Criança. A seguir, após receber um Certificado de Intenção, a unidade trabalha na implementação completa dos dez passos. Por fim, há uma avaliação *in loco* pela equipe de avaliadores da iniciativa Amigo da Criança e uma análise feita pelo Conselho de Análise Externa.

Programa Estrela de Ouro, do Egito

O Ministério da Saúde e População do Egito (MSPE) opera uma rede de 3.800 unidades de saúde. Em 1987, o Ministério começou um aperfeiçoamento abrangente dos seus serviços e unidades de planejamento familiar. Em 1993, instituiu um Programa de Melhoria de Qualidade em algumas clínicas escolhidas. Esse programa enfatiza o treinamento para padronizar a qualidade dos cuidados e uma abordagem voltada para o consumidor, a fim de aperfeiçoar serviços aos pacientes e aumentar a sua satisfação. Uma clínica do MSPE que conquistou uma *estrela de ouro* está entre as melhores das unidades do MSPE.

As clínicas são supervisionadas e classificadas de acordo com uma lista de verificação abrangente, de 101 indicadores de qualidade. As clínicas são classificadas trimestralmente conforme o seu desempenho, avaliado a partir dos indicadores de qualidade. Uma clínica conquista a estrela de ouro se alcançar 100% dos padrões de qualidade por dois trimestres consecutivos e a mantiver ao continuar obtendo essa pontuação nas avaliações trimestrais consecutivas.

PROQUALI

O Projeto PROQUALI é um sistema abrangente que acredita serviços de saúde reprodutiva em postos comunitários de saúde no Nordeste do Brasil. Este projeto é uma iniciativa conjunta do Programa de Educação Internacional em Saúde Reprodutiva da Universidade Johns Hopkins (JHPIEGO), Centro de Comunicações da Universidade Johns Hopkins (JHU/CCP) e as Secretarias de Saúde dos Estados da Bahia e do Ceará, no Brasil.

O projeto integra a assistência técnica e treinamento no âmbito de postos de saúde em áreas de capacitação técnica, informação, educação, comunicação e gerenciamento. Um total de 61 critérios e listas de verificação interna e externa, incluindo a prestação de serviços, prevenção de infecções, comunicações interpessoais e orientação, informação,

(Continuação da Figura 3-6)

educação e comunicação. Equipes de acreditação dos estados visitam os serviços de saúde reprodutiva dos centros participantes periodicamente. Centros que atingem 100% de pontuação são acreditados e podem apresentar um selo de qualidade e serão promovidos em campanhas comunitárias.

Clínicas e Hospitais Amigos das Mães

A Coalizão para a Melhoria dos Serviços de Maternidade (CMSM) é uma coalizão de pessoas e instituições nacionais que se preocupam com os cuidados e o bem-estar de mães, bebês e famílias. O modelo com base em evidências enfoca a prevenção e bem-estar como alternativas a programas dispendiosos de triagem, diagnóstico e tratamento. Uma das dez fases é incorporar os “Dez Passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, da OMS/UNICEF para a promoção do aleitamento materno. Para receber a designação de “amigo das mães”, conferida pela CMSM, um hospital, maternidade ou serviço que realiza partos a domicílio deve seguir os princípios filosóficos, cumprindo os Dez Passos de Cuidados Maternos.

Certificação

Apesar de a certificação ser usada como sinônimo de acreditação, existe uma diferença importante. Enquanto a acreditação se aplica apenas a organizações de saúde, a certificação também pode valer para profissionais individualmente considerados, como o médico, enfermeiro ou outros profissionais ou trabalhadores da área da saúde. A certificação é um processo pelo qual um órgão autorizado, normalmente governamental ou conselho de certificação de uma sociedade profissional, confere reconhecimento àqueles profissionais que atendem a certas qualificações predeterminadas. Incluem-se normalmente entre essas qualificações a formação em um programa educacional aprovado, desempenho aceitável em um exame ou série de exames de qualificação e/ou um mínimo de horas de treinamento.⁸

Certificação de médicos e outros profissionais da saúde

Em muitas especialidades médicas, como cirurgia, medicina interna ou neurologia, a certificação é conferida por um conselho profissional da especialidade aos profissionais que atendam às exigências rigorosas de treinamento avançado, conforme padrões educacionais estabelecidos, e demonstrem conhecimento especializado e capacitação, verificadas por meios de exames abrangentes. Este mecanismo oferece os meios pelos quais se garante ao público que o médico que se diz especialista esteja realmente qualificado, conforme uma avaliação profissionalmente aceita. Em colaboração com outros órgãos ou instituições interessadas, os conselhos de especialidade podem também ajudar a melhorar a qualidade da educação médica ao elevar os

padrões da pós-graduação médica e aprovar unidades que ofereçam treinamento especializado. Via de regra, a direção desses conselhos de especialistas é composta por peritos qualificados no campo específico daquele conselho, havendo assim um sistema de auto-regulamentação entre os profissionais especialistas. Em alguns países, esta designação pode também ser reconhecida por meio de um regulamento ou licenciamento; por exemplo, uma licença para a prática de cirurgias pode ser conferida por meio de uma autoridade reguladora, em vez ou além daquela dada por um conselho de certificação de uma sociedade profissional.

Semelhante ao licenciamento de profissionais individuais, o processo de certificação beneficia-se de padrões claros, definições precisas e processos padronizados. Isto é especialmente verdadeiro quando a certificação é nova em um país ou quando uma área nova da medicina ou da prática clínica deseja estabelecer um programa de certificação. Nos Estados Unidos, todos os conselhos de especialidades médicas foram oficialmente aprovados pela ação do *American Board of Medical Specialities - ABMS* (“Conselho Americano de Especialidades Médicas”) e do *American Medical Association Council on Medical Education (AMA/CME)*, num esforço conjunto das duas organizações de padronizar as abordagens dos conselhos de especialidade. Ao avaliar os padrões e procedimentos de um conselho de especialidade médica nova ou já existente, um Comitê de Ligação de ambas as organizações usa a última edição do *Essentials for Approval of Examining Boards in Medical Specialities* (“Fundamentos para a Aprovação de Conselhos de Exame de Especialidades Médicas”), um documento revisto várias vezes desde a sua primeira publicação em 1934. Novos conselhos de especialidades devem submeter-se a um rigoroso processo de solicitação e revisão e demonstrar que o estabelecimento de um conselho de especialidade representa um campo diferente e bem definido da prática médica, conforme o definido pelo Conselho Americano de Genética Médica, o mais novo membro do ABMS. Para praticarem esta especialidade, os profissionais devem receber treinamento adicional além do que está incluído em programas de treinamento já estabelecidos. Um conselho da especialidade deve também detalhar qual a sua proposta para avaliar as qualificações dos profissionais individuais que certificará. O novo conselho deve também demonstrar que existe uma ampla aceitação profissional dentro da especialidade médica e que o estabelecimento de um programa de certificação promoverá e aumentará o reconhecimento de um único padrão na preparação para a prática.

É importante considerar a questão de recertificação ao se estabelecer esta forma de mecanismo de qualidade, já que conhecimentos e capacitação constantes não podem necessariamente ser garantidos sem algum sistema de verificação em intervalos periódicos. Portanto, a maioria dos conselhos de especialidades médicas nos Estados Unidos exige recertificações a cada 7 a 10 anos. A recertificação pode estar ligada à necessidade de se cumprir certas exigências, como:

- ◆ Exercício profissional continuado, documentando-se um certo número de horas de prática profissional a cada ano;
- ◆ Avaliação de capacitação e proficiência, por meio de exames periódicos de conhecimento ou julgamento clínico, ou a capacidade de executar um procedimento específico;
- ◆ Avaliação de desempenho, por meio de uma avaliação de prontuários autenticados daquele médico em um determinado período; e
- ◆ Avaliação de resultados clínicos.

A maioria dos órgãos de certificação tem a autoridade de retirar ou suspender a recertificação se um indivíduo não for aprovado nos exames de recertificação ou demonstrar deficiências graves no desempenho profissional. Uma limitação desse sistema de avaliação contínua para a certificação de especialidades médicas é o fato de não incluir uma revisão dos processos reais de cuidados oferecidos por um médico a seus pacientes e de os resultados não serem especificamente considerados.

Além das formas de certificação médica por conselhos de especialidade, há muito estabelecidas, em anos recentes as associações profissionais estão começando a avaliar as qualificações dos profissionais no contexto das condições reais e do ambiente em que a prática é exercida. Por exemplo, a Associação Médica Americana introduziu um sistema baseado em padrões para a avaliação individual de médicos, chamado de Programa de Acreditação da Associação Médica (AMAP, sigla em inglês). Apesar de essa iniciativa usar o termo “acreditação” porque avalia médicos individuais e não instituições de saúde, esse mecanismo segue de perto a definição de certificação utilizada nesta monografia e é, portanto, incluído nesta seção. A AMAP é um mecanismo de avaliação voluntária que mede e avalia médicos individuais relativamente a padrões e critérios nacionais e desempenho de iguais em cinco áreas:

- ◆ Credenciais, incluindo a fonte primária verificada de informações;
- ◆ Qualificações pessoais, incluindo comportamento ético e participação documentada em educação médica continuada, análises feitas por iguais e auto-avaliação de desempenho;
- ◆ Ambiente de cuidados, incluindo avaliação do consultório e dos prontuários médicos;
- ◆ Processos clínicos, incluindo medidas padronizadas de processos-chave envolvendo pacientes, como exames diagnósticos e tratamento apropriado; e
- ◆ Resultados.⁹

A AMAP deve complementar e não duplicar a certificação de especialidade médica. Uma vez acreditado pela AMAP, o médico está elegível para ser reavaliado a cada dois anos. Uma carteira de dados verificados de credenciais e dados de análise do local de trabalho fica disponível a planos de saúde e hospitais dos quais o médico participa.¹⁰

Além da certificação para médicos acima descrita, outro exemplo comum deste mecanismo é o reconhecimento de enfermeiros e outros profissionais de saúde que, com base em educação adicional especializada, treinamento e capacitação demonstrada, são certificados a praticar uma especialidade. Em alguns casos, como o do enfermeiro especializado em parto ou do técnico de enfermagem, este reconhecimento pode conferir ao profissional certificado a autorização para expandir o escopo da sua prática conforme definido em lei ou regulamento. Outras formas de certificação, como o reconhecimento de um enfermeiro especializado em cuidados intensivos, pode ser buscado primeiramente como questão de orgulho e desenvolvimento profissional. Para os empregadores, a contratação de profissionais certificados em uma especialidade, como pediatria, geralmente lhes assegura a comprovação de conhecimentos e capacitação. Muitos hospitais exigem que todo o corpo clínico mantenha certificação permanente em uma

capacitação ou técnica definida, como ressuscitação cárdio-pulmonar, porque este conhecimento é visto como importante em garantir que os médicos sejam capazes de agir apropriadamente em situações de emergência com ameaça à vida.

Certificação de instituições de saúde

Como a acreditação, tanto órgãos governamentais quanto não-governamentais conferem certificação a instituições de saúde. Embora geralmente voluntária, a certificação pode conferir uma certa distinção que promove a capacidade da instituição ou do profissional de praticar em uma determinada área. Por exemplo, um laboratório pode ser *certificado* para realizar certos tipos de exames diagnósticos que exigem *quadro de pessoal* especialmente treinado, equipamentos, reagentes e procedimentos. Sem essa certificação, o laboratório pode não ser reconhecido como tendo a capacitação necessária e, conseqüentemente, não recebe verbas nem é legalmente reconhecido. Autoridades governamentais e organizações privadas, como seguradoras, grupos de empregadores ou planos de saúde, podem exigir que uma instituição de saúde atenda a algum tipo de padrões de certificação para receber reembolso pelos serviços prestados.

Padrões de certificação ISO e avaliação da qualidade

Em anos recentes, os setores de saúde de alguns países europeus mostraram interesse em incorporar os padrões de certificação ISO 9000 nos seus programas de avaliação externa da qualidade. A missão da ISO é promover o desenvolvimento da padronização e atividades correlatas em todo o mundo, buscando facilitar a troca internacional de bens e serviços. A ISO em si não é um auditor ou órgão certificador de sistemas de qualidade, nem endossa especificamente quaisquer atividades nesse sentido realizadas por outras entidades. No momento, a ISO desenvolve padrões internacionais para indústrias e serviços, mas não dispõe de nenhum sistema para avaliar a sua conformidade.¹¹

Entretanto, órgãos de acreditação e registro ou outras entidades de avaliação externa estão considerando cada vez mais a relação das séries de padrões da ISO 9000 com outras formas de padrões de qualidade na área da saúde. Os padrões da ISO 9000 enfocam a manutenção de um sistema de gerenciamento da qualidade para cada produto ou serviço, de tal maneira que cada produto atenda ao mínimo esperado de conformidade. Entretanto, esses padrões não prevêm quais devem ser as especificações para se produzir um serviço ou produto de alta qualidade. Os padrões da ISO 9000 são classificados em 20 categorias, incluindo áreas com responsabilidade de gerenciamento, sistema de qualidade, auditorias internas de qualidade e controle de processo. A Figura 3-7 apresenta alguns pontos-chave para compreender os padrões da ISO e a sua aplicação à certificação ou acreditação de organizações de saúde.

Os padrões da ISO são gerais e orientados para indústrias e serviços e enfocam a *capacidade* em vez de resultados e mais a qualidade e conformidade com os processos do que os resultados alcançados. Segundo destacado num trabalho formal endossado pelo Conselho Executivo da Sociedade Internacional de Qualidade na Saúde (ISQua) na sua reunião de 1996, alguns padrões da ISO, como os relacionados com a “identificação e acompanhamento de produtos”, podem ser imediatamente aplicados a certas áreas hospitalares, como serviços laboratoriais e

Figura 3-7

Conceitos-chave para compreender os Padrões ISO 9000 na área da saúde

- ◆ ISO significa *International Organization for Standardization* (“Organização Internacional de Padronização”), uma federação internacional de órgãos nacionais de padronização de mais de 90 países.
- ◆ As séries de padrões ISO 9000 são gerais a indústrias de serviços e enfocam a avaliação de processos em relação a especificações projetadas. A ISO originalmente desenvolveu padrões industriais para facilitar a coordenação internacional e a unificação dos padrões.
- ◆ Ao contrário dos padrões de acreditação, os padrões da ISO não incorporam conceitos de melhoria contínua ou avaliação de resultados em pacientes.
- ◆ Os padrões elementares da ISO são para produtos industrializados e trazem as regras básicas para sistemas de qualidade, qualquer que seja o produto (eletrônicos) ou serviços (bancos).
- ◆ A ISO, como órgão, não acredita, certifica ou registra uma instituição como atendendo aos seus critérios; entretanto, outros avaliadores ou auditores externos podem usar os padrões ISO na sua análise independente de certificação.
- ◆ Pode ser útil considerar a abordagem dos padrões da ISO 9000 na elaboração de sistemas de controle da qualidade para alguns serviços de “produção” na área da saúde, como laboratório, radiologia e alimentação.

radiológicos. Ainda que esses padrões tenham uma aplicação restrita em uma área definida (por exemplo, laboratório), é necessária alguma interpretação criativa para demonstrar a sua aplicabilidade à assistência ou a resultados em pacientes. Entretanto, o trabalho da ISQua identificou oportunidades para a convergência de programas de acreditação novos ou existentes e padrões da ISO. A ISQua também ressaltou a necessidade de núcleos estruturais internacionais que estimulem o desenvolvimento de padrões assistenciais sensíveis às expectativas dos pacientes, à prática baseada em evidências e resultados clínicos que usam a linguagem comum (por exemplo, para diferenciar acreditação de certificação).¹²

Resumo

Dependendo das necessidades específicas de um país ou jurisdição (por exemplo, estado ou província), os sistemas de acreditação, certificação e licenciamento podem fornecer informações valiosas sobre a capacidade, qualidade e segurança de instituições de saúde e profissionais. O uso dessas avaliações objetivas externas em comparação a padrões preestabelecidos, de maneira independente ou combinada, pode aumentar em muito a prestação de cuidados ou serviços de saúde de qualidade.

IV. Um Sistema de avaliação da qualidade por meio do monitoramento de indicadores

Avaliação de qualidade com base em indicadores

Um indicador pode ser definido como uma medida para determinar o desempenho de funções e processos no correr do tempo. Pode ser usado para avaliar a conformidade com um padrão ou a conquista de metas de qualidade. É um valor quantificável que pode ser usado mais para avaliar o desempenho no correr do tempo, como uma análise trimestral detalhada de dados agregados, do que apenas uma avaliação “fotográfica” em bases periódicas (por exemplo, uma avaliação com base em padrões em um levantamento de acreditação feito a cada dois anos). Mais do que uma afirmação genérica, como “os pacientes estão satisfeitos”, um indicador dá uma medida específica e quantificável a esta expectativa, como “75% dos pacientes pesquisados no último trimestre expressaram satisfação com os serviços recebidos.” O monitoramento de indicadores geralmente oferece um complemento valioso à avaliação com base em padrões, já que os indicadores enfocam freqüentemente algumas poucas estruturas, processos ou resultados-chave que oferecem um panorama da qualidade da instituição. Por exemplo, monitorar as taxas de imunização em crianças até um ano de idade em um centro de saúde pode fornecer informações úteis sobre o modo como as crianças são avaliadas e clinicamente controladas pelo *pessoal* do centro.

Os indicadores são geralmente expressos como uma taxa ou razão, o que os torna mais úteis tanto para medir tendências ao longo do tempo quanto para fornecer dados comparativos entre instituições semelhantes. Exemplos comuns dos indicadores usados na área da saúde são mortalidade materna, taxas de infecção hospitalar, taxas de imunização, medidas de satisfação do paciente e taxas de complicações cirúrgicas. Ao estabelecer esses indicadores, é importante começar com uma definição clara dos termos e do numerador e denominador que serão usados. Um exemplo pode ser visto ao estabelecer um indicador para monitorar infecções pós-operatórias em feridas cirúrgicas. O numerador pode ser definido como o número de pacientes cirúrgicos com feridas cirúrgicas limpas que desenvolvem uma infecção na ferida durante a sua permanência no hospital, com o denominador sendo o número de pacientes submetidos a um procedimento cirúrgico limpo em um período predeterminado (mensal ou trimestralmente, por exemplo). Menos objetiva é a definição de infecção. Por exemplo, uma cultura positiva será necessária como prova de infecção? Se o médico prescrever antibióticos com base em drenagem purulenta e vermelhidão no local da ferida, mas não se fizer cultura, isto poderá ser considerado infecção para efeitos de incluí-la no indicador? Quem tomará essa decisão e onde os dados serão obtidos?

Outro tipo de indicador é o baseado em eventos sentinela ou resultados adversos. Apesar de o indicador, por vezes, poder ser formulado também como taxas (por exemplo, número de erros de medicações sobre o número total de medicações administradas). Se se espera que o resultado adverso ocorra raramente, ele é normalmente avaliado com o simples acompanhamento das ocorrências durante um período predeterminado. Exemplos de eventos sentinela ou resultados adversos podem incluir:

-
- ◆ Reações adversas a drogas;
 - ◆ Erros de prescrição, dispensa ou administração de medicações;
 - ◆ Erros no controle de pacientes, como a realização incorreta de um tratamento ou procedimento, que venha a causar males ao paciente;
 - ◆ Quedas de pacientes;
 - ◆ Furos com agulhas e outras lesões sofridas por membros do *quadro de pessoal*;
 - ◆ Falhas de segurança, resultando no rapto de um bebê; e
 - ◆ Morte inesperada de um paciente.

As características de um bom indicador são apresentadas na Figura 4-1.

Figura 4-1
Características de um “bom” indicador

- ◆ Válido;
- ◆ Confiável;
- ◆ Relativo a estruturas, processos ou resultados-chave voltados à organização e aos pacientes;
- ◆ Mensurável;
- ◆ Objetivo;
- ◆ Pode ser ajustado em função de risco ou gravidade; e
- ◆ Capaz de ser retirado de fontes de dados disponíveis (por exemplo, prontuário médico, entrevistas com pacientes, dados agregados de garantia de qualidade ou sistemas de gerenciamento de informações em saúde).

Aplicação de um sistema de monitoramento de indicadores

Um sistema de monitoramento de indicadores da qualidade pode ser útil ao monitorar estruturas, processos e resultados no âmbito de uma instituição individual, bem como no plano local, regional ou nacional. Se os indicadores escolhidos passarem no teste do que constitui um “bom” indicador, descrito na Figura 4-2, serão considerados como veículos de informações úteis

sobre os insumos ou estruturas, bem como processos e resultados. Como a coleta de informações para os indicadores e a manutenção de um banco de dados podem exigir muito tempo e trabalho, é fundamental que os indicadores escolhidos realmente reflitam o que é mais importante monitorar. Indicadores demais no conjunto de dados podem sobrecarregar os profissionais e a qualidade da coleta de dados será provavelmente comprometida. Por exemplo, em vez de desenvolver um indicador para medir cada função ou padrão da instituição, talvez seja melhor inicialmente escolher de quatro a seis indicadores que sejam de consenso quanto à sua importância e validade. É melhor, a longo prazo, dispor de dados completos e precisos em menos aspectos – os “sinais vitais” da instituição – do que dispor de dezenas de indicadores para os quais o trabalho de coletar e analisar dados é simplesmente maior que os benefícios.

Monitoramento de indicadores de resultados

Medição de desempenho ou avaliação de resultados é uma forma nova de avaliação da qualidade que se desenvolveu muito na última década. À medida que a preocupação com a qualidade dos cuidados atrai o interesse e o escrutínio da população, desenvolveu-se uma procura de informações de resultados objetivas e comparativas. Existem pelo menos duas grandes limitações a abordagens de avaliações externas de qualidade, já descritas na acreditação, certificação, licenciamento e verificação de credenciais. Uma é que elas geralmente se concentram mais na avaliação de estruturas (por exemplo, corpo clínico adequado, segurança do prédio, normas e procedimentos) e processos (por exemplo, controle de infecções, avaliação do paciente) do que nos *resultados* reais alcançados para o paciente ou para a saúde. Enquanto estruturas e processos bem elaborados são peças essenciais na construção de um sistema de qualidade, no fim o mais importante é o seu efeito na melhoria dos cuidados prestados aos pacientes ou à comunidade como um todo. Em segundo lugar, a avaliação *in loco* durante o levantamento de acreditação ou licenciamento pode também ser considerada como apenas um “instantâneo” da instituição no dia da avaliação.

Um levantamento bom e completo para acreditação, certificação ou licenciamento deve fornecer dados confiáveis que ajudem a tirar conclusões sobre a qualidade geral e a capacidade de uma instituição; contudo, este instantâneo tirado a cada dois ou três anos não substitui o monitoramento constante de indicadores-chave de qualidade e de resultados. Por exemplo, padrões de acreditação podem incluir se a instituição dispõe de um mecanismo ou processo para avaliar a satisfação dos pacientes a que atende, mas a avaliação da existência desse processo não responde às seguintes questões: Os pacientes estão satisfeitos? Qual o nível de satisfação da amostra de pacientes entrevistados durante a avaliação de acreditação comparado com os resultados obtidos por meio da avaliação da própria organização para esta medida no caso dos pacientes vistos no ano anterior?

A avaliação de resultados, por meio de bancos de dados centralizados que armazenam informações sobre medidas ou indicadores-chave de desempenho, pode ser uma fonte valiosa de informações sobre qualidade tanto para uma instituição individual quanto para todo o setor de saúde de um país. Esses dados agregados podem ser úteis para o planejamento e monitoramento constante em busca da melhoria contínua. Por exemplo, no âmbito de uma organização indivi-

dual, os indicadores de resultados podem revelar um número inaceitável de erros graves de medicação, que podem ser remontados até as causas básicas, como treinamento inadequado da enfermagem, administração incorreta das medicações ou dispensação incorreta da farmácia porque as receitas estavam pouco legíveis. Esta informação pode ajudar a instituição a investigar mais completamente as razões das causas básicas para que sejam implementadas as ações necessárias para saná-las.

No âmbito nacional, a avaliação de resultados fornece um “boletim” geral de alguns aspectos centrais da área de saúde de um país, como mortalidade materna em hospitais, satisfação dos pacientes ou o número de erros na prestação dos cuidados (por exemplo, erros de medicação ou erros importantes na decisão clínica, causando mal ao paciente). As vantagens de tal sistema são bem objetivas, mas existem alguns desafios importantes. Algumas das questões a serem consideradas pelo sistema de saúde ou pelo Ministério da Saúde ao estabelecer um banco de dados nacional para gerar indicadores de resultados do setor de saúde constam da Figura 4-2. Além dessas preocupações potenciais, uma avaliação padronizada de resultados normalmente se limita a um número razoável de indicadores considerados, tendo em vista a indisponibilidade de dados e o ônus potencial da coleta de dados e monitoramento dos indicadores. Além disso, enquanto dados sobre a taxa de fendas cirúrgicas infeccionadas em pacientes submetidas a uma cesárea podem ser uma excelente medida de desempenho dos processos de controle de infecções do serviço de obstetrícia de um hospital, nada dizem se o hospital dispõe de um processo seguro e eficiente de lidar e se desfazer do lixo hospitalar, um processo para o qual padrões de qualidade podem ser necessários.

Combinação de sistemas de avaliação baseados em padrões e em indicadores

O uso de padrões e indicadores na avaliação de qualidade não são abordagens mutuamente excludentes. Com efeito, a sua combinação maximiza as vantagens e benefícios de cada um, traçando um panorama mais completo do desempenho geral de uma organização ou de todo um sistema nacional. Como os indicadores são geralmente baseados em padrões, integrar os dois é uma evolução natural.

Um exemplo pode ser visto no modo como uma instituição de saúde lida com emergências obstétricas. Os *padrões* que incluem esse aspecto da assistência podem ser padrões institucionais amplos ligados à avaliação adequada do paciente e a existência de um Corpo Clínico qualificado ou incluir normas e procedimentos clínicos ou protocolos clínicos para o tratamento de condições específicas, como placenta prévia ou pré-eclâmpsia. Um *indicador* relacionado pode incluir a taxa de mortalidade materna em geral ou o número de mortes obstétricas evitáveis em relação a todos os casos de morte materna. Tanto padrões quanto indicadores neste exemplo ajudam a orientar a prática, promovem cuidados seguros e eficazes e fornecem informações valiosas que podem ser usadas para melhorar o desempenho da instituição e os resultados clínicos dos pacientes a que atende.

Figura 4-2

Questões a serem consideradas no estabelecimento de um sistema de avaliação por meio de indicadores de resultado

- ◆ Que resultados referentes à qualidade ou estado da saúde serão medidos?
- ◆ Qual a relação das medidas de resultado escolhidas com os padrões estabelecidos?
- ◆ Como garantir a validade e confiabilidade dos dados?
- ◆ Como os dados serão coletados (retirados do prontuário médico, observação)?
- ◆ Quem coletará os dados em cada instituição? A que intervalo?
- ◆ Como cada dado individual será transferido para o banco de dados agregados?
- ◆ Qual é a tecnologia necessária a ser considerada no estabelecimento de um banco de dados para resultados?
- ◆ Deve-se ajustar o indicador pelo risco de ocorrer certos resultados ou pela gravidade do doente (por exemplo, com base em dados demográficos dos pacientes, comorbidades)?
- ◆ Quais as precauções a serem tomadas na análise dos dados para evitar erros de interpretação?
- ◆ Quais parâmetros de julgamento do indicador serão utilizados para se identificar as “melhores práticas”?
- ◆ Os indicadores de resultados serão disponíveis ao público?
- ◆ O público vai precisar de mais educação e informação para interpretar os dados corretamente?

V. Escolha de uma abordagem à avaliação da qualidade

Introdução

As diferentes abordagens de avaliação da qualidade e de melhoria no setor de saúde – licenciamento, acreditação, certificação (incluindo processos de revisão de credenciais) e monitoramento de indicadores – oferecem aos ministérios da saúde e legisladores várias opções a serem consideradas. Essas escolhas podem levar a uma abordagem específica a um país ou até mesmo a uma abordagem regional.

Existem vários fatores desafiadores que devem ser considerados ao se avaliar o ambiente e se escolher uma abordagem específica de avaliação da qualidade. O aumento na exigência da qualidade de serviços de saúde é um imperativo mundial e oferece muitas oportunidades para compartilhar informações e abordagens entre países. Neste capítulo, discutem-se várias seqüências de abordagens possíveis para análises e tomadas de decisões, incluindo:

- ◆ Diagnóstico de necessidades;
- ◆ Análise da situação;
- ◆ Análise de falhas e omissões;
- ◆ Análise de decisões; e
- ◆ Desenho e teste-piloto de um sistema de avaliação da qualidade novo ou melhorado.

Diagnóstico de necessidades

Uma das primeiras etapas na escolha de uma abordagem para avaliação externa é fazer um levantamento das necessidades nacionais ou regionais, que depende em grande parte das contribuições ou da participação dos principais atores envolvidos no sistema de saúde. Na análise das necessidades podem-se incluir considerações sobre os objetivos principais de um sistema de avaliação da qualidade, como proteção da segurança e da saúde pública, fomentando um ambiente de melhoria constante ou construindo um sistema para monitorar a competência dos profissionais de saúde. Uma vez desenvolvida uma lista abrangente relacionando as necessidades ligadas à avaliação da qualidade, essas necessidades devem ser priorizadas para informar o processo de tomada de decisões.

O diagnóstico de necessidades deve começar com a identificação dos principais atores envolvidos no sistema de saúde, pedindo-lhes que apresentem suas perspectivas sobre o que é mais necessário ao sistema. Os interessados são o Ministro da Saúde, altas autoridades do governo e funcionários de alto nível da área da saúde, órgãos normalizadores, como os conselhos de profissionais de saúde, sociedades profissionais, como uma associação nacional de diretores de hospitais, associações médicas ou associações regionais de enfermagem, grupos de defesa do consumidor, pagadores como companhias de seguros, gerentes de benefícios de funcionários, planos de saúde e a comunidade como um todo. Cada ator terá necessidades únicas, con-

forme as suas perspectivas. Uma companhia de seguros ou uma organização de *managed care* podem estar especialmente interessados em ter um sistema de avaliação de qualidade voltada para melhorias e bancos de dados comparativos com respeito a resultados de saúde, bem como relação custo-benefício, ao passo que as necessidades dos consumidores ou comunidade podem enfocar mais as garantias básicas de acesso e segurança do público. A realização de grupos de enfoque, *workshops* ou algum tipo de pesquisa com o maior número possível de grupos de interessados ajudarão a identificar essas necessidades e objetivos, que podem ser agrupados e priorizados para análises mais aprofundadas.

Análise da situação

Esta etapa do processo de tomada de decisões leva em consideração o que está acontecendo atualmente no país ou região com respeito à avaliação externa da qualidade. Por exemplo, existe um sistema de licenciamento para instituições de saúde e para os diferentes profissionais, e se houver, qual o seu escopo e estrutura? Pode-se começar relacionando os tipos de instituições de saúde ou provedores que funcionam atualmente em um país, como hospitais, unidades primárias de saúde, farmácias, clínicas, grupos de médicos associados, laboratórios e, a seguir, determina-se se existem leis e regulamentos que regulam o seu funcionamento. Um componente da análise da situação pode ser também uma “pesquisa de apreciação”, que determina o que está funcionando bem e que capacitação adicional se pode estabelecer para essas áreas.

Se tais leis e regulamentos existirem para uma categoria específica de provedores, estão atualizados e são seguidos? Qual o sistema para garantir que um provedor atenda a certos requisitos e qual a efetividade do sistema? Por exemplo, pode-se descobrir que há normas para proteção contra a radiação que orientam a prestação de serviços de radiologia em um hospital ou posto de saúde, mas não existe um sistema regular de avaliação que avalie a sua implementação apropriada. Em um exemplo relacionado, a análise da situação pode mostrar que a maioria da radiologia diagnóstica é feita por pessoas sem habilitação, que não têm formação ou treinamento padronizado, conclusão esta que deve ser considerada uma “falha” ou “omissão”, a ser levada em conta na próxima etapa do processo de tomada de decisões.

Em alguns casos, pode ser apropriado fazer uma análise da situação antes da avaliação de necessidades. Isto pode ser feito quando os atores não são claramente conhecidos ou identificados. Também pode ser apropriado quando uma reunião de interessados para avaliar as necessidades for mais produtiva após se conhecer os resultados de uma análise da situação. Neste caso, a avaliação das necessidades, a análise de falhas e omissões e a análise de decisões podem ser feitas em um único *workshop* para se ganhar tempo.

A Figura 5-1 dá exemplos dos tipos de questões que os atores-chave poderiam considerar ao fazer uma análise da situação atual de monitoramento e avaliação da qualidade em um país ou região. Fazer uma análise abrangente como essa garante que nenhuma área importante seja relegada e evita duplicação (ações diferentes levando ao mesmo objetivo) ou repetição (ações iguais realizadas mais de uma vez) de trabalho na reformulação do sistema existente.

Figura 5-1

Questões a serem consideradas ao se realizar uma análise da situação

As questões a seguir podem oferecer uma estrutura de auto-avaliação para um sistema de saúde ou uma instituição individual de saúde ao se fazer uma análise da situação dos mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade:

- ◆ Qual é a abordagem histórica da regulamentação e avaliação do setor de saúde tanto para instituições quanto para profissionais de saúde?
- ◆ Quais são os fatores sociais atuais (por exemplo, financiamento, iniciativas de reforma do setor de saúde) que repercutem na qualidade geral no setor de saúde e influenciam as necessidades de um sistema de avaliação?
- ◆ Qual a infra-estrutura (órgãos reguladores, órgãos de acreditação, sociedades profissionais) existente para implementar um sistema externo de avaliação da qualidade? O que está funcionando bem?
- ◆ Qual o escopo das atividades atuais de avaliação da qualidade (por exemplo, hospitais, clínicas, sistemas de cuidados na comunidade, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, parteiras)?
- ◆ Quais leis, regulamentos ou padrões de desempenho existem? São atuais e relevantes? São amplamente divulgados? São consistentemente implementados?
- ◆ Qual a efetividade do atual sistema em atender aos objetivos estabelecidos? Quais são os resultados?
- ◆ Quais são os custos de implementação do atual sistema de avaliação da qualidade?
- ◆ Há um banco de dados de indicadores de desempenho no setor de saúde? Se houver, em que grau são válidas e confiáveis as medidas nela incluídas.

Análise de falhas e omissões

Esta etapa no processo de tomada de decisões compara as principais necessidades dos atores envolvidos, identificadas na primeira etapa como a análise da situação, para determinar se existem falhas e omissões no sistema que devam ser adequadamente consideradas. Em outras palavras, examina as necessidades prioritárias remanescentes com base no que sabemos sobre o nosso sistema existente de avaliação de qualidade. Pode ser útil desenvolver alguns critérios para avaliar a importância ou risco das falhas identificadas na realização dessa análise. Alguns exemplos de critérios são:

- ◆ Risco potencial ou males a pacientes e à comunidade;
- ◆ Impacto quanto ao tamanho e número de instituições ou indivíduos onde houver falhas e omissões; e
- ◆ Impacto geral previsto ao melhorar a qualidade.

Ao se fazer uma análise de falhas e omissões, um grupo de interessados pode identificar a necessidade de um mecanismo de avaliação da qualidade que seria útil considerar posteriormente, mas que não é visto como uma prioridade imediata pela maioria. Médicos de uma especialidade mais nova e restrita, como genética humana, podem identificar como falha ou omissão a falta de um programa definido de certificação para esta especialidade. Entretanto, outros interessados podem considerar essa omissão como de baixa prioridade, em vista de considerações nacionais prementes, como a inadequação do sistema atual de relicenciamento de enfermeiros, o maior grupo de profissionais de saúde do país. A análise de lacunas deve ajudar os legisladores a priorizar as necessidades para desenvolver soluções possíveis.

Análise de decisões

A próxima etapa no processo sistemático de solução de problemas é analisar as soluções potenciais em resposta a falhas, omissões e necessidades identificadas. Nesta etapa, fazer uma livre sugestão de idéias sobre todas as abordagens e soluções possíveis é uma estratégia útil para repensar o atual sistema ou desenvolver um sistema novo. Os principais responsáveis também considerarão útil ter “parâmetros” ou comparar sistemas atuais de avaliação da qualidade que estejam sendo efetivamente usados em outras regiões ou países e adaptar essas abordagens às necessidades locais, na medida do possível. Algumas regiões com preocupações e necessidades semelhantes podem preferir trabalhar em conjunto no desenvolvimento de um mecanismo de avaliação da qualidade, como um sistema de licenciamento recíproco, que permita a profissionais de estados, municípios ou países próximos exercer a prática profissional quando estiverem nessas jurisdições.

Fontes de informação para parâmetros podem ser grandes organismos nacionais e internacionais, como a OMS, a Sociedade Internacional para Garantia de Segurança (ISQua), sociedades profissionais nacionais e internacionais, como a Sociedade Internacional de Cirurgias de Tórax, ou federações, como a Organização Internacional de Padronização (ISO) e a Federação de Conselhos de Medicina dos Estados, dos EUA. O Apêndice B apresenta uma comparação

de programas de acreditação de âmbito nacional na área da saúde, recém-criados e já existentes, identificando as suas características principais. Em 1999, a *Joint Commission International Accreditation*, uma subsidiária da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, dos EUA, desenvolveu e publicou um conjunto básico de padrões internacionais de acreditação que podem ser adaptados a qualquer país.

Ao se fazer uma livre sugestão de idéias sobre as possíveis abordagens para a elaboração ou o replanejamento de um sistema de avaliação da qualidade, devem ser criteriosamente consideradas as suas implicações e sustentação a longo prazo. Por exemplo, os envolvidos devem decidir se o sistema de licenciamento será custeado por taxas pagas por instituições e profissionais individuais sob sua jurisdição ou se serão necessários fundos governamentais para alcançar os objetivos pretendidos. Um falha clara a ser evitada é a elaboração de um sistema que exista apenas no papel, como normas de proteção contra a radiação que nunca são realmente avaliadas na prática da radiologia. Muitas perguntas referentes ao controle e à sustentação a longo prazo foram consideradas em outras partes dessa monografia, mas é útil que sejam reexaminadas aqui. Por exemplo, ao se elaborar um sistema de certificação de enfermeiros especializados em obstetrícia, o que garantirá que venham a ter a sua competência reavaliada a intervalos regulares? Se houver um novo sistema de licenciamento de unidades primárias de saúde, quantos analistas ou inspetores serão necessários para realizar uma inspeção de licenciamento em todas as unidades? Quem treinará e gerenciará esses inspetores? Qual a infraestrutura necessária?

Elaboração ou reformulação de um sistema de avaliação de qualidade

Um vez identificadas e priorizadas as soluções possíveis no processo de análise de decisões, a etapa final envolve o planejamento e testes de implementação. Na primeira etapa, alterações do sistema existente ou estratégias totalmente novas são criteriosamente pensadas, para que a sua implementação tenha o máximo de impacto. Usando o exemplo da elaboração de um programa de certificação em cuidados básicos de emergência, como atendimento para mordidas de cobras ou trauma na cabeça, para funcionários de unidades de cuidados primários, pode-se começar identificando todos os componentes do sistema. Os componentes podem incluir: pré-testes para verificar os conhecimentos e a capacitação básica dos funcionários, coleta de dados sobre os tipos mais comuns de emergência atendidos em unidades primárias de saúde e o desenvolvimento de um mecanismo de avaliação para determinar a competência dos funcionários com vistas à concessão da certificação. Cada uma dessas etapas será constituída por outras etapas e processos mais detalhados, que precisarão ser desenvolvidos. Um plano ou estratégia por escrito, incluindo prazos e responsáveis, pode ser extremamente benéfico para manter a elaboração ou replanejamento nos trilhos.

Na etapa seguinte, os planos podem ser submetidos a um teste-piloto em um pequeno grupo e por um curto prazo. Por exemplo, o programa de certificação em cuidados de emergência pode ser testado em um grupo de 20 membros do *quadro de pessoal* de unidades primárias de saúde de um distrito ou província. Esta etapa permite que se aperfeiçoem os planos antes de se implementar nacional ou regionalmente um novo sistema de certificação. Outro exemplo de

teste-piloto pode incluir a divulgação de padrões ou regulamentos recém-desenvolvidos por um certo período para comentários públicos, seguindo-se um teste dos padrões por meio da avaliação externa em uma amostra de instituições de saúde. Depois de uma cuidadosa análise dos resultados, o sistema novo ou revisto terá maior probabilidade de sucesso quando implementado em um grupo maior.

Os resultados dos testes-piloto podem, então, ser cuidadosamente analisados com base em alguns critérios predeterminados e oferecem informação para que os planos existentes sejam aperfeiçoados. Um estudo de um novo programa de certificação pode incluir a análise e comparação das notas dos funcionários nos testes de conhecimento antes e depois do treinamento. Essa comparação permite identificar falhas de treinamento que precisam ser sanadas antes de o programa de certificação ser implementado em grande escala, como a necessidade de oferecer treinamento adicional no atendimento às emergências obstétricas. Outros estudos podem considerar a satisfação dos participantes com os programas de treinamento e recomendações para melhoria ou uma avaliação do custo-benefício do lançamento de um programa de certificação como esse. Uma análise cuidadosa das conclusões dos testes-piloto nesta etapa normalmente identifica outras oportunidades para refinamento ou redesenho.

Quando um sistema novo ou com modificações é lançado, terá incorporado recomendações testadas e analisadas nos testes-piloto. O programa de certificação em cuidados de emergência para funcionários de unidades primárias de saúde está agora pronto para ser totalmente implementado e sustentado em grande escala. Um componente importante a ser construído nesta fase é algum tipo de mecanismo de monitoramento e avaliação do custo e da efetividade do novo sistema de maneira permanente para identificar os aperfeiçoamentos necessários. A implementação de um novo sistema, como um programa nacional de acreditação hospitalar, pode incluir um mecanismo de análise e revisão periódica dos padrões a cada dois ou três anos. Um mecanismo planejado de análise e avaliação ajudará o novo programa de acreditação a refletir os padrões ótimos e continuar respondendo às necessidades dos diversos grupos de interesse ligados ao programa.

Resumo

A implementação de um ou mais mecanismos externos de avaliação da qualidade, em âmbito nacional ou regional, exige planejamento detalhado, apoio dos diversos grupos de interesse, alocação de recursos, infra-estrutura e base legal, bem como medição permanente de sua efetividade. Uma análise cuidadosa de modelos e sistemas de avaliação da qualidade existentes, tanto internamente em um país como em comparação às “boas práticas” internacionais, juntamente com uma estratégia de implementação planejada e criteriosa, pode ajudar a garantir que o produto final atenda aos seus objetivos propostos de melhorar a qualidade do sistema de saúde como um todo.

◆ ◆ ◆

Apêndice A

**Avaliação da qualidade em
um país em desenvolvimento**

Desenvolvimento e implementação de
um sistema de acreditação hospitalar
na Zâmbia

Introdução

A Zâmbia, país em desenvolvimento com 9 milhões de habitantes, situado na região centro-sudeste da África, iniciou uma reforma significativa no seu setor de saúde em meados da década de 1990, resultando na reformulação de estruturas e funções de planejamento, financiamento, monitoramento e avaliação. As primeiras medidas concentraram-se principalmente na melhoria de acesso e da prestação de cuidados clínicos em unidades primárias de saúde de distritos sanitários de todo o país, com ênfase especial no controle de doenças infantis, cuidados preventivos, como imunizações, melhoria do cuidado materno-infantil, prevenção de HIV/AIDS e tratamento de doenças endêmicas, como tuberculose e malária. Para apoiar os seus esforços de mudança e sob o patrocínio do Projeto de Garantia de Qualidade da USAID, a Zâmbia instituiu uma iniciativa nacional para introduzir conceitos de melhoria de qualidade na prestação de serviços primários de saúde a fim de aumentar a eficiência e efetividade dos cuidados, bem como o acesso aos mesmos. O treinamento e apoio no campo, oferecidos de maneira permanente pelo projeto, ajudaram a formar uma importante estrutura conceptual para a aplicação de princípios de qualidade e padronização dos serviços de saúde, passível de ser expandida em mais ampla escala.

Aplicação de princípios de garantia de qualidade a padrões hospitalares e ao desempenho dos serviços

Ainda que melhorias no setor primário tenham permanecido uma prioridade, o escopo das atividades de garantia da qualidade na Zâmbia foi ampliado para incluir também uma avaliação e a padronização do sistema hospitalar. Como não existiam padrões ou normas para o desempenho ou avaliação dos cerca de 80 hospitais da Zâmbia, a não ser uma inspeção de licenciamento para três hospitais particulares, as autoridades de saúde identificaram como prioridade o desenvolvimento de um mecanismo para avaliar hospitais e estimular a melhoria contínua dos sistemas e dos processos hospitalares. O desenvolvimento de padrões hospitalares e de um programa de acreditação hospitalar começou em 1997, um dos primeiros desse tipo a ser feito em um país em desenvolvimento.

Para facilitar o desenvolvimento de padrões e a elaboração do programa de acreditação, o primeiro passo foi formar um grupo de assessoramento chamado Conselho de Acreditação em Saúde da Zâmbia (ZHAC, sigla em inglês). Neste grupo multidisciplinar estavam representadas associações profissionais da Zâmbia e seus membros eram médicos, autoridades de saúde e representantes dos profissionais de enfermagem, odontologia, farmácia, laboratórios, radiologia e da comunidade. A visão, formulada pelo ZHAC quando da sua formação, está apresentada na Figura A-1. O conselho serviu como consultor do Conselho Central de Saúde da Zâmbia e do Ministério da Saúde no desenvolvimento de padrões de acreditação, do processo de avaliação hospitalar e definição de políticas e procedimentos de acreditação.

Figura A-1

Visão do Conselho de Acreditação em Saúde da Zâmbia

A visão do Conselho de Acreditação em Saúde da Zâmbia é melhorar constantemente a qualidade dos serviços de saúde prestados em unidades de saúde do setor público e privado a fim de melhorar as condições de saúde dos zambianos.

Desenvolvimento e testes de padrões hospitalares e do processo de avaliação

O ZHAC esteve ativamente envolvido no desenvolvimento e testes-piloto do primeiro conjunto de padrões elaborados, que identificavam 13 áreas funcionais principais para cada hospital (Figura A-2) e 49 padrões de desempenho e critérios de medição a eles associados. Esses primeiros padrões foram distribuídos a hospitais e associações profissionais da área da saúde de toda a Zâmbia, para comentários durante a fase de teste-piloto do desenvolvimento do programa. As respostas dos especialistas foram extremamente positivas e instaram a que os padrões, com algumas modificações, fossem adotados. Os especialistas priorizaram os padrões que, na sua opinião, teriam maior impacto na melhoria dos cuidados hospitalares na Zâmbia e que, portanto, deveriam ser adotados prioritariamente.

Após o teste-piloto, os padrões foram revistos e um processo preliminar de avaliação foi desenvolvido para ser testado em 8 hospitais de vários tipos e tamanhos. Os hospitais variavam

Figura A-2

Principais áreas funcionais incluídas no Programa de Acreditação Hospitalar da Zâmbia

- ◆ Admissão e Avaliação do Paciente
- ◆ Serviços Laboratoriais
- ◆ Serviços Radiológicos
- ◆ Serviços de Farmácia
- ◆ Cuidados de Pacientes
- ◆ Direitos dos Pacientes
- ◆ Continuidade de Cuidados
- ◆ Ambiente de Cuidados
- ◆ Controle de Infecções
- ◆ Liderança
- ◆ Garantia de Qualidade
- ◆ Gerenciamento de Recursos Humanos
- ◆ Gerenciamento de Informações

Figura A-3

Conselho de Acreditação em Saúde da Zâmbia
Exemplo de uma Agenda para Avaliação da Situação em um Hospital

Hora	Atividade	Participantes do hospital
Dia 1 9h00-9h30	Reunião de abertura com a Diretoria do Hospital <ul style="list-style-type: none"> Análise da agenda e dos horários de entrevistas Análise dos objetivos Apresentação dos participantes Designação de uma pessoa de ligação para a equipe de levantamento 	<ul style="list-style-type: none"> Diretor executivo ou administrador do hospital Membro do conselho, se houver Chefe de enfermagem Chefes de serviços Outros dirigentes, a serem designados pelo hospital
9h30-10h30	Entrevista sobre liderança e garantia de qualidade	<ul style="list-style-type: none"> Membro do conselho, se houver Diretor executivo ou administrador do hospital Outros dirigentes, a serem designados pelo hospital (chefe de enfermagem, por ex.) Membro do comitê de garantia de qualidade
10h30-13h00	Revisão de Documento <i>(Por favor, ter esses documentos disponíveis em um escritório ou sala de conferência)</i> <ul style="list-style-type: none"> Políticas e procedimentos por escrito Ata das reuniões do comitê Documentos de planejamento e orçamento Materiais de garantia da qualidade: documentos de coleta e análise de dados, atas de reuniões do comitê da qualidade, dados sobre satisfação dos pacientes Documentos sobre ambientes de cuidados: relatórios de simulação de incêndio, planos em caso de desastre, registros de manutenção de equipamentos Documentos de vigilância a infecções Documento sobre direitos e responsabilidades dos pacientes (por ex. folheto ou cartaz) 	<ul style="list-style-type: none"> Uma pessoa designada pelo hospital para acompanhar e facilitar o trabalho
13h00-14h00	Almoço (dos avaliadores por conta própria)	
14h00-17h00	Visita ao prédio, instalações e departamentos, e entrevistas com o corpo clínico <ul style="list-style-type: none"> Recepção Cozinha Farmácia Central de esterilização Lavanderia Laboratório (incluindo a área de armazenagem de sangue) Radiologia 	Diretores do hospital e profissionais de serviços/departamentos específicos <ul style="list-style-type: none"> Engenheiro do prédio Equipe de manutenção Direção do hospital e profissionais e funcionários dos diferentes departamentos/áreas

(Continuação da Figura A-3)

Conselho de Acreditação em Saúde da Zâmbia

Exemplo de uma Agenda para Avaliação da Situação em um Hospital

Hora	Atividade	Participantes do hospital
14h00-17h00 continua	<ul style="list-style-type: none">Estrutura geral do prédioNecrotérioIncinerador/LixeiraGerador de emergênciaEngenheiro responsávelEquipe de manutenção	
Dia 2 8h30-9h00	Sumário do dia <ul style="list-style-type: none">Análise da avaliação do 1º diaAnálise da agenda do 2º dia	<ul style="list-style-type: none">Diretor executivo ou administrador do hospitalChefe de enfermagemDiretor administrativoOutros líderes, a serem designados pelo hospital
9h00-13h00	Análise das áreas de cuidados de pacientes e observações clínicas <ul style="list-style-type: none">Visita às áreas onde os cuidados são prestadosEntrevista com o corpo clínicoAnálise de prontuáriosEntrevistas com pacientes e familiares <i>Se existirem, as seguintes áreas devem ser incluídas:</i> <ul style="list-style-type: none">Centro cirúrgico e recuperação pós-anestésicaIsolamento (se aplicável)Enfermaria de obstetríciaBerçárioEnfermaria de pediatriaAmbulatório/EmergênciaEnfermaria geralEnfermaria cirúrgica	<ul style="list-style-type: none">Corpo clínico de cada serviço visitadoMédicosEnfermeiros
14h00-15h30	Entrevista com o Serviço de Recursos Humanos e análise de documentos <i>(Favor ter disponível cópias de fichas pessoais, descrição de funções, licenças, documentos de orientação e treinamento)</i>	Responsáveis pelo Serviço de Recursos Humanos
15h30-17h00	Reunião dos avaliadores para discutir as avaliações/Tempo adicional para levantamento, se necessário.	Ninguém
Dia 3 9h00-13h00	Atribuição de pontuação e preenchimento de documentação	Ninguém
13h00-14h00	Almoço	
14h00-16h00	Reunião de encerramento com a Diretoria e resumo das avaliações	Diretoria do hospital (ver lista de participantes da reunião de abertura)
16h00	Os avaliadores deixam o hospital	

de um hospital filantrópico de 100 leitos numa aldeia rural a um grande hospital-escola em Lusaka, a capital. A metodologia de avaliação incluía uma combinação de entrevistas com a direção, pacientes e *quadro de pessoal*, inspeção do prédio e equipamentos, observação dos cuidados prestados, análise de documentos e de prontuários clínicos. Todas as áreas do hospital, desde cuidados de pacientes até o centro cirúrgico, laboratório, farmácia, radiologia, cozinha, lavanderia e centro de esterilização, foram incluídas no escopo do processo de avaliação para acreditação hospitalar. Em virtude da limitação de recursos e da ausência relativa de estruturas formalizadas, como a existência de políticas e procedimentos por escrito, o processo de avaliação deu muita ênfase à avaliação de processos e resultados, por meio de observações diretas e entrevistas. Um exemplo da agenda de avaliação está incluída na Figura A-3.

Treinamento de avaliadores e avaliação de competência

Um programa de treinamento de avaliadores e avaliação de competência foi desenvolvido e implementado com o primeiro quadro de avaliadores de hospital representando muitas das profissões médicas da Zâmbia, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos e especialistas em laboratório. O treinamento inicial de avaliadores, com duração de três dias, incluiu os seguintes tópicos:

- ◆ Introdução ao programa de acreditação;
- ◆ Visão geral da área funcional, padrões e características mensuráveis associadas;
- ◆ Estudos de casos e exercícios em grupo usando os padrões;
- ◆ Visão geral do processo de avaliação e introdução às listas de verificação e às ferramentas do processo de avaliação;
- ◆ Entrevistas, consultas e exercício do raciocínio crítico;
- ◆ Pontuação e documentação;
- ◆ Realização de uma reunião de encerramento e intercâmbio dos resultados da avaliação; e
- ◆ Comportamento e ética profissional do avaliador.

Os novos avaliadores têm assim a oportunidade de orientação prática com um mentor durante situações reais de avaliação, antes de serem considerados como tendo conhecimentos suficientes para interpretar os padrões e competência para avaliar a sua aplicação na prática.

Testes-piloto e avaliações iniciais

Os oito testes-piloto realizados no início de 1998 demonstraram que os padrões inicialmente elaborados e a metodologia de avaliação podiam ser avaliados e pontuados, apesar de vários aperfeiçoamentos terem sido recomendados e adotados subsequentemente. Apesar de o objetivo principal das avaliações-piloto ser a verificação da conveniência dos padrões e do processo de levantamento, os avaliadores puderam também identificar áreas comuns onde havia a necessidade de melhorias para que a maioria dos hospitais conseguisse conformidade com os padrões. Os padrões e o processo de avaliação foram elaborados para ajudar a Diretoria e o *quadro de pessoal* do hospital a priorizar os seus recursos, as atividades de melhorias necessárias e suas verbas. Apesar da significativa limitação de verbas na Zâmbia, tanto os dirigentes dos hospitais como os grupos de interesse do país acreditam que muitas melhorias nos processos de cuidados são possíveis e que os padrões ajudarão a priorizar o planejamento e a alocação de recursos.

Durante todo o segundo semestre de 1998 e em 1999 e 2000, serão feitas avaliações em todos os hospitais da Zâmbia como parte de um importante esforço educacional e de consulta. Cada hospital se submeterá a uma avaliação inicial cerca de um ano antes da sua avaliação real de acreditação, para que a Diretoria e os funcionários se familiarizem com os padrões e o processo de levantamento, bem como recebam consultoria sobre como o hospital pode alcançá-los. Apesar de os padrões receberem pontuação, não se entrega um relatório ou decisão formal. A Figura A-4 apresenta um exemplo do Formulário de Pontuação do Avaliador para um padrão na área funcional de Admissão e Avaliação. A divulgação do programa de acreditação final está previsto para 1999, ao passo que decisões de acreditação e o relatório final serão formulados e distribuídos usando-se uma metodologia padronizada de decisão, com regras de decisão publicadas. Foi criado um banco de dados de acreditação para que os dados agregados possam ser armazenados, permitindo estudos de tendências ao longo do tempo.

Resumo

O caso da Zâmbia representa uma tentativa inovadora de melhorar a qualidade do seu sistema hospitalar por meio do desenvolvimento e do estabelecimento de consenso nacional sobre um conjunto de padrões e das principais funções organizacionais e de cuidados de pacientes. A abordagem da Zâmbia ao uso de métodos de garantia de qualidade e gerência de qualidade ao seu sistema hospitalar é único para um país em desenvolvimento que se defronta com problemas sociais, econômicos e de saúde expressivos. Se for bem-sucedido na padronização de processos de cuidados da saúde em hospitais e conseguir melhorar os resultados em saúde, o modelo zambiano de acreditação hospitalar pode servir de modelo para outros países em desenvolvimento.

Conselho de Acreditação em Saúde da Zâmbia Modelo de Padrão de Acreditação Hospitalar

Área funcional: admissão e avaliação

AA.1: Existe um processo estabelecido de admissão de pacientes no hospital que prioriza os cuidados com base na avaliação das necessidades do paciente.*

Declaração de propósito

A ordem pela qual os pacientes são vistos para admissão é determinada pelo grau de suas necessidades. Pacientes com necessidades imediatas são priorizados para avaliação e intervenção. O hospital elabora e implementa um processo efetivo e eficiente para admitir pacientes, que considera os seguintes elementos:

Pontuação

	Atende	Atende parcialmente	Não atende	Não se aplica
a) O processo de matrícula é completado				
b) Pacientes com necessidades imediatas são priorizados para avaliação e intervenção				
c) Existe um padrão para verificação de tempo de espera de pacientes no ambulatório e na admissão				
d) Comunicação de informações entre departamentos e membros do <i>quadro de pessoal</i> envolvidos nos cuidados				
e) Realização oportuna de exames diagnósticos				
f) Todos esses processos são documentados em políticas e procedimentos e padronizados no hospital				

Fontes de informação

1. Entrevistas com *quadro de pessoal* clínico e não clínico e abordagem do processo de matrícula
2. Observação da recepção (área de admissão)
3. Entrevista com pacientes/familiares
4. Prontuários Médicos

* Padrões identificados como de alta prioridade durante a análise de campo.



Apêndice B

**Comparação entre Organizações de Acreditação
Hospitalar Existentes e Novas**

Comparação entre Organizações de Acreditação Hospitalar Existentes

País	Órgão de acreditação	Formato do manual de padrões	Tipos de padrões	Propósito	Escala de pontuação	Nº hospitais acreditados	Indicadores desenvolvi-dos	Voluntário	Fontes de financiamento	Escopo limitado
EUA	Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations	Funcional	Estrutura, processo e resultados	Sim	Sim, escala de 5 pontos	5155	Sim	Sim	Pagamento da avaliação, Publicações, Programas Educacionais e Consultoria	Não
EUA	American Osteopathic Association	Departamental	Estrutura, processo e resultados	Não	Sim, escala de 4 pontos	400	Não	Sim	Pagamento da avaliação	Sim, hospitais
EUA	Commission of Accreditation of Rehabilitation Facilities	Funcional	Estrutura, processo e resultados	Não	Sim, escala de 4 pontos	700-800	Propostos	Sim	Pagamento da avaliação, Publicações e Educação	Sim, serviços de reabilitação
Canadá	Canadian Council on Health Services Accreditation	Funcional	Estrutura, processo e resultados	Sim	Sim, escala de 4 pontos	502 (1996)	Propostos para 2000	Sim	Contribuição de membros e Pagamento da avaliação	Não
Reino Unido	Health Services Accreditation	Funcional	Estrutura, processo e resultados	Sim	Não	Ignorado	Sim	Sim	Pagamento da avaliação ou subsídio	Sim, serviços ou departamentos de hospitais
Reino Unido	Kings Fund Organizational Audit	Departamental (1996)	Estrutura e processo	Sim (critérios)	Sim, escala de 2 pontos	79 (1994)	Não	Sim	Pagamento da avaliação e publicações	Sim, hospitais
Reino Unido	Southwestern Hospital Accreditation Program		Estrutura e processo			67 (1994)	Não	Sim	Subsídios, pagamento da avaliação, consultoria e publicações	Sim, hospitais comunitários
Holanda	National Organization for Quality Assurance in Hospitals		Estrutura e processo					Sim		Sim, médicos especialistas

Comparação entre Organizações de Acreditação Hospitalar Existentes (cont.)

País	Órgão de acreditação	Formato do manual de padrões	Tipos de padrões	Propósito	Escala de pontuação	Nº hospitais acreditados	Indicadores desenvolvidos	Voluntário	Fontes de financiamento	Escopo limitado
Holanda	Institute voor Accreditation van Ziekenhuizen	Departamental	Estrutura e processo	Ignorado	Sim, escala de 4 pontos	18	Não	Sim	Pagamento da avaliação	Sim, hospitais
Austrália	Australian Council on Healthcare Standards	Departamental (1995)	Estrutura e processo	Sim, padrões na maioria	Sim, escala de 4 pontos	201 (1994)	Sim	Sim	Pagamento da avaliação, Publicações e Educação	Não
Nova Zelândia	Ministério da Saúde	Funcional	Estrutura e processo	Sim		115 (1997, todos os serviços)	Propostos	Sim	Taxas de membros (1998)	Não
Taiwan	Ministério da Saúde	Funcional e Departamental	Estrutura, processo e resultados	Sim	Sim, escala de 6 pontos	525	Sim	Sim	Governo	Sim, hospitais
Japão	Council for Quality Health Care					79		Sim		Sim, hospitais comunitários
Coréia	Joint Commission on Accreditation of Hospitals	Departamental	Estrutura e processo	Sim	Sim, escala de 3 pontos	131	Sim	Sim	Pagamento da avaliação	Sim, hospitais-escola
Coréia	Hospital Performance Evaluation Program		Processo e resultados			96				Sim, hospitais
China	Hospital Grade Appraisal Committee, HB	Departamental				1086 (1991)				Sim, hospitais e hospitais-escola
África do Sul	Council for Health Service Accreditation of South Africa	Departamental e funcional	Estrutura, processo e resultados	Sim	Sim, escala de 4 pontos	40	Propostos	Sim	Pagamento da avaliação	Não

Comparação entre Organizações de Acreditação Hospitalar Existentes (cont.)

País	Órgão de acreditação	Formato do manual de padrões	Tipos de padrões	Propósito	Escala de pontuação	Nº hospitais acreditados	Indicadores desenvolvi-dos	Voluntário	Fontes de financiamento	Escopo limitado
República Tcheca	Joint Committee on Accreditation	Funcional	Estrutura, processo e resultados	Sim	Sim, escala de 5 pontos	13	Sim	Sim	Pagamento da avaliação	Sim, hospitais
Casaquistão	Ministério da Saúde	Departamental	Estrutura, processo e resultados	No	Sim, escala de 3 pontos		Não	Sim	Pagamento da avaliação, Apoio de instituições membros do conselho	Sim, hospitais
Lituânia	State Accreditation Services by Ministry of Health	Departamental	Estrutura e processo	Sim	Não	53	Não	Não, planeja mudar	Ministério da Saúde e pagamento da avaliação	Sim, reabilitação de enfermagem e hospitais assistenciais
Brasil	Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde	Funcional	Estrutura e processo	Sim	Sim, escala de 3 pontos	Nenhum (98)	Em processo de desenvolvimento	Sim	Governo, clientes, instituidores	No momento, hospitais No futuro ambulatórios, redes e <i>home care</i>

Comparação entre Novas Organizações de Acreditação Hospitalar

País	Órgão de acreditação	Desenvolvimento de padrões	Desenvolvimento do processo de avaliação	Teste-piloto	Data de implementação do projeto	Indicadores desenvolvidos	Voluntário	Fontes de financiamento	Escopo limitado
Espanha	Avedis Donabedian Foundation/ JCI	Sim	Sim	Sim	1998	Propostos	Sim		Sim, hospitais
França	National Agency for Accreditation and Evaluation of Health	Parcialmente	Parcialmente	Planejado	1999	Propostos	Não		Sim, hospitais
Filipinas	Philippine Council for Accreditation of Health Care Organizations	Parcialmente	Parcialmente	Não	Terceiro trimestre de 1999	Não	Sim	Subsídios do departamento de saúde, pagamento da avaliação	Sim, hospitais
Malásia									Sim, hospitais
Zâmbia	Zambia Health Accreditation Council	Sim	Parcialmente	Parcialmente	Janeiro de 1999	Propostos	Não decidido	Não decidido	Sim, hospitais
Brasil	Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde	Não	Não	Não	1999		Não decidido	Não decidido	Sim, hospitais
Polônia	Accreditation Council	Sim	Sim	Sim	1999	Sim, atualmente em fase de teste	Sim	Conselho de Acreditação do Governo e pagamento da avaliação	Sim, hospitais
Romênia	National Agency for Accreditation and Evaluation of Health Services	Sim	Sim	Sim	1999	Não	Sim	Não decidido	Sim, hospitais

Comparação entre Novas Organizações de Acreditação Hospitalar (cont.)

País	Órgão de acreditação	Desenvolvimento de padrões	Desenvolvimento do processo de avaliação	Teste-piloto	Data de implementação do projeto	Indicadores desenvolvidos	Voluntário	Fontes de financiamento	Escopo limitado
Hungria	Ministry of Welfare	Sim	Sim	Sim		Não			Sim, hospitais
Ucrânia (JA)	Ministério da Saúde	Sim	Sim	Parcialmente					Sim, hospitais
Arábia Saudita (IR)	Organização independente	Sim	Parcialmente	Parcialmente	3-5 anos	Propostos			Sim, hospitais
Egito		Sim							Sim, hospitais

Referências

1. Hafez, N. *Technical Report No. 15: International Comparative Review of Health Care Regulatory Systems*. Partnerships for Health Reform: Bethesda, MD, octubre de 1997.
2. Donahue, K.T. and O'Leary, D. Evolving healthcare organization accreditation systems. *International Hospital Federation 50th Anniversary Commemoration*, noviembre de 1997.
3. Hafez, N. *Technical Report No. 15: International Comparative Review of Health Care Regulatory Systems*. Partnerships for Health Reform: Bethesda, MD, octubre de 1997.
4. Federation of State Medical Boards of the United States, Inc. *A Guide to the Essentials of a Modern Medical Practice Act*. Euless, TX: Federation of Sate Medical Board of the United States, Inc., 1997.
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Joint Commission: Oakbrook Terrace, IL, 1998.
6. Donahue, K.T. and O'Leary, D. Evolving healthcare organization accreditation systems. *International Hospital Federation 50th Anniversary Commemoration*, noviembre de 1997.
7. Scrivens, E. Policy issues in accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*. 1998, 1:10, 1-5.
8. Hafez, N. *Technical Report No. 15: International Comparative Review of Health Care Regulatory Systems*. Partnerships for Health Reform: Bethesda, MD, octubre 1997.
9. American Board of Medical Specialties. Purpose of ABMS. Información publicada en el sitio en la red de ABMS en HYPERLINK <http://www.abms.org>.
10. *Ibid.*
11. International Organization for Standardization (ISO). Información publicada en el sitio en la red de la ISO en www.iso.ch/infoe/intro/htm.
12. Shaw, C. Accreditation and ISO: International convergence on health care standards. ISQua position paper, octubre de 1996. *International Journal for Quality in Health Care*, 1997, 9:1, 11-13.
13. International Organization for Standardization (ISO). Información publicada en el sitio en la red de la ISO en www.iso.ch/infoe/intro/htm.

